

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitajakoulutus

Katja Kainulainen
Senja Räsänen

DIABETEKSEN SAIRASTUMISRISKIN KARTOITUSTA
—Terveyspiste ruoka-apua hakeville Lähiötalolla

Opinnäytetyö
Helmikuu 2018



OPINNÄYTETYÖ
Tammikuu 2018
Sairaanhoitajakoulutus

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijät
Katja Kainulainen, Senja Räsänen

Nimeke
Diabeteksen sairastumisriskin kartoitusta — Terveyspiste ruoka-apua hakeville Lähiötalolla

Toimeksiantaja
ViaDia Joensuu ry, Lähiötalo

Tiivistelmä

Tyypin 2 diabetes on kansantauti, jolla on suuri merkitys väestön terveydelle. Riskitekijöistä merkittävimpiä ovat perimä, ylipaino ja vyötörölihavuus. Tyypin 2 diabeteksen puhkeamista voidaan viivyttää tai ennaltaehkäistä kiinnittämällä huomio elintapoihin, kuten terveelliseen ravitsemukseen. Terveystarkastukset, terveysneuvonta ja itsehoitopisteet ovat keinoja, joilla voidaan ennaltaehkäistä sekä hoitaa tyypin 2 diabetesta. Terveystarkastolaki määrää kuntia järjestämään terveystarkastukset koko väestölle. Sen tehtävänä on lisätä ihmisten terveyttä, hyvinvointia sekä toimeentuloa.

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö tehtiin toimeksiantona ViaDia Joensuu ry Lähiötalolle. Opinnäytetyön tarkoituksena oli antaa tietoa ruoka-apun piirissä oleville ihmisille tyypin 2 diabeteksesta, sen riskitekijöistä ja ennaltaehkäisystä. Tavoitteena oli madaltaa kynnystä hakeutua tarvittaessa terveydenhuollon piiriin. Opinnäytetyön tehtävänä oli pitää Lähiötalolla ruoka-apun piirissä oleville ihmisille terveyspiste tyypin 2 diabeteksesta. Terveyspisteellä kartoitettiin sairastumisriskiä.

Jatkokehitysideoina opinnäytetyölle ovat erilaisiin teemoihin liittyvät terveyspisteet sekä terveysneuvonta ryhmässä. Toiminta tapahtuu ruoka-apun yhteydessä, jolloin saavutetaan oikea kohdejoukko. Terveyspiste voi olla moniammatillista toimintaa, jolloin erilaiset näkökulmat tulevat esille, ja näin asioihin voi saada laajempaa näkemystä.

Kieli

suomi

Sivuja 45

Liitteet 8

Liitesivumäärä 9

Asiasanat

ruoka-apu, tyypin 2 diabetes, terveyspiste



THESIS
January 2018
Degree Programme in Nursing
Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 50 405 4816

Authors
Katja Kainulainen, Senja Räsänen

Title
Risk Assessment for Diabetes — A Self-Care Point for People Receiving Food Aid at Lähiötalo

Commissioned by
ViaDia Joensuu ry, Lähiötalo

Abstract

Type 2 diabetes is a national disease that has a great impact on the health of the population. The most notable risk factors are genetics, overweight and abdominal obesity. The onset of type 2 diabetes can be delayed or prevented by paying attention to a healthy life style such as nutrition. Physical examinations, health guidance and self-care points are ways to prevent and treat type 2 diabetes. The Health Care Act stipulates that municipalities are obliged to organize healthcare services for the entire population. It is their duty to enhance people's health, well-being and subsistence.

This practise-based thesis was commissioned by ViaDia Joensuu ry Lähiötalo. The purpose of this thesis was to give information on type 2 diabetes, its risk factors and prevention to people receiving food aid. The aim was to lower the threshold to seek health care services when necessary. The thesis assignment was to arrange a self-care point for people receiving food aid at Lähiötalo and provide information on type 2 diabetes and assess the risks of developing type 2 diabetes.

Further development ideas for the thesis are self-care points related to various themes and health guidance in groups. The activities will take place along with food aid and thus, the correct target group will be reached. To bring out various aspects and form a wider perspective on the issues, the services provided by the self-care point could be organised by multidisciplinary teams.

Language

Finnish

Pages 45

Appendices 8

Pages of Appendices 9

Keywords

food aid, type 2 diabetes, care point

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Terveyserot Suomessa	6
2.1	Terveyserojen syyt.....	7
2.2	Terveyserojen kaventaminen.....	8
2.3	Työttömien lakisääteiset terveystarkastukset terveyserojen kaventamiseksi	9
3	Kolmas sektori osana terveydenhuoltoa	11
3.1	ViaDia Joensuu ry.....	11
3.2	Ruoka-apu	12
4	Tyypin 2 diabetes.....	13
4.1	Oireet ja hoito	14
4.2	Riskitekijät ja ennaltaehkäisy	16
4.3	Sairastumisriskin arviointi	17
5	Ravitsemus osana kansantautia	18
5.1	Ravitsemuksen lähtökohdat.....	19
5.2	Ravitsemussuositukset tyypin 2 diabeteksessa	21
6	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä	23
7	Opinnäytetyön toteutus	23
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	24
7.2	Opinnäytetyöprosessi	24
7.3	Lähtötilanteen kartoitus.....	26
7.4	Terveyspisteen suunnittelu ja toteutus.....	27
7.5	Terveyspisteen arviointi	29
8	Pohdinta.....	31
8.1	Terveyspisteen toteutuksen tarkastelu	31
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus	34
8.3	Opinnäytetyön eettisyys.....	36
8.4	Ammatillinen kasvu	38
8.5	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehitysideat	39
	Lähteet.....	42

Liitteet

- Liite 1 Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake
- Liite 2 Terveyspisteen mainosseite
- Liite 3 Terveyspisteen ajanvarauslista
- Liite 4 Ajanvaranneen muistilappu
- Liite 5 Fysiologisten mittausten tulokset
- Liite 6 Terveyspisteen palautelomake
- Liite 7 Terveyspisteen toimintarunko
- Liite 8 Toimeksiantosopimus

1 Johdanto

Suomalaisten hyvinvointi ja terveys ovat kohentuneet jatkuvasti, mutta samalla eri sosiaaliryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat pysyneet ennallaan tai jopa kasvaneet (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a). Terveyseroja kaventamalla pyritään yleisesti kansanterveyden kohentamiseen, kustannusten hillitsemiseen, palveluiden turvaamiseen, työllisyysasteen nostamiseen sekä yhteiskuntarauhan turvaamiseen, siksi tarvitaan kolmatta sektoria (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2017a & Pihlaja 2010). Kolmannen sektorin perustehtäviä ovat eri väestöryhmien edunvalvonta, asiantuntijuus, vaikuttaminen, vapaaehtoistoiminta sekä muun auttamistyön järjestäminen sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottaminen (Salmi 2014).

Kolmannen sektorin palveluiden tuottajana toimii toimeksiantajamme Lähiötalo. Lähiötalo on ViaDia Joensuu yhdistyksen alainen kohtaamispaikka kaikille. Toiminnan tavoitteena on tukea lähialueen asukkaiden yhteisöllisyyttä, osallisuutta, hyvinvointia sekä ennaltaehkäistä syrjäytymistä. Lähiötalon kerhotiloissa ViaDia Joensuu jakaa maanantaina, tiistaina ja keskiviikkona leipomoiden ja kauppojen ylijäämäelintarvikkeita. Tarjolla on satunnaisesti myös koulujen ylijäämäruokia. (ViaDia Joensuu ry 2017.)

Tämä toiminnallinen opinnäytetyön käsittelee terveyseroja Suomessa, kolmatta sektoria osana terveydenhuoltoa, tyypin 2 diabetesta sekä ravitsemusta osana kansantautia. Tiedettävästi tyypin 2 diabetesta sairastaa Suomessa noin 300 000 ja lisäksi tietämättä noin 150 000 ihmistä. Tyypin 2 diabetes on yksi kansantaudeista ja se johtuu insuliinin erityksen vähenemisestä tai sen vaikutuksen heikkenemisestä. Tyypin 2 diabetes voi olla pitkään oireeton eikä yleensä aluksi aiheuta voimakkaita oireita. Tämän vuoksi moni ei tiedä sairastavansa sitä. Ravitsemus on tärkeänä osana tyypin 2 diabeteksessa, koska sairastumisriskin taustalla on elintapojen yhteisvaikutus sekä geneettinen alttius. (Diabetesliitto 2017a.) Tämän vuoksi terveelliseen ravitsemukseen kiinnittämällä huomiota voidaan ehkäistä sairastumista (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos, 2016a).

Terveys on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Se on laajempi käsite, kuin pelkän sairauden tai vaivan puute. Terveys on voimavara, jonka avulla myös monet muut hyvinvoinnin osatekijät sekä hyvä elämä voivat yleensä toteutua. Se on inhimillinen perusarvo sekä välttämätön taloudelliselle ja sosiaaliselle kehitykselle. (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Taloudellista ja sosiaalista kehitystä vaikeuttaa nälkä (Wahlberg 2008). Terveys on koko ajan muuttuva tila. Siihen vaikuttavat ihmisen fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö, sairaudet sekä ihmisen omat kokemukset, asenteet ja arvot. (Huttunen 2015.)

Väestöryhmien välillä on asuinalueen, äidinkielen, sukupuolen ja siviilisäädyn mukaisia eroja terveydessä. Länsirannikolla eletään pidempään kuin Koillis-Suomessa, ja ruotsinkieliset ovat terveempiä sekä elävät pidempään kuin suomenkieliset. Keskimäärin naiset elävät seitsemän vuotta pidempään kuin miehet sekä naimisissa olevat ovat terveempiä. Erityisen suuria terveyseroja ovat eri sosioekonomisten ryhmien välillä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a.) Sosioekonomisen aseman mukaan palkansaajat luokitellaan alempiin ja ylempiin toimihenkilöihin sekä työntekijöihin (Tilastokeskus 2017a). Työssäkäyvät ovat terveempiä kuin työttömät sekä toimihenkilöt ovat terveempiä kuin työntekijät. Eniten koulutusta saaneet ja hyvätuloiset ovat terveempiä kuin pienituloiset sekä pelkän perusasteen koulutuksen saaneet. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a.)

2.1 Terveyserojen syyt

Yhteiskunnan rakenteista johtuva epätasa-arvo eli rakenteellinen eriarvoisuus on erojen kasvualusta ja niillä on suora yhteys terveyteen. Rakenteellisilla tekijöillä tarkoitetaan elinoloihin vaikuttavia tekijöitä, kuten varallisuuden jakautumista, tulojenjakoa, työelämän rakenteellisuutta, koulutusjärjestelmää, asumisoloja sekä terveydenhuolto järjestelmää. Näiden rakenteellisten tekijöiden vaikutus ilmenee koko ihmisen elämänsä ajan alkaen lapsuudesta ja jatkuen työelämän ajan eläkeikään saakka. Terveyseroihin vaikuttavat myös rakenteellisten tekijöiden lisäksi eriarvoisuus terveyspalveluiden saannissa sekä elintapaerot. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2014a.)

Elintapaeroja ovat erot esimerkiksi tupakoinnissa, alkoholin käytössä, ruokavaliossa sekä liikunnassa. Näihin vaikuttavat huomattavasti taloudelliset mahdollisuudet, arjen kulttuuri, muoti, perinteet, arvot, normit sekä markkinat ja mainonta. Tämän vuoksi elintapoja ei voida pitää pelkästään vain ihmisen vapaan valinnan tuloksena, eivätkä ne ole pelkästään yksilön vastuulla. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2014a.)

Eriarvoisuus tarkoittaa erilaisuutta, jota pidetään epäoikeudenmukaisena, ja se olisi vältettävissä (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2016). Eriarvoisuuden yksi ulottuvuus on köyhyys. Sitä voidaan mitata ja määrittää monella eri tavalla. Tutkimuksissa mitataan yleensä elämänlaatua, elintasoja sekä jollakin tasolla elämäntapaa. Köyhyys tarkoittaa välittävien tarpeiden puutteesta johtuvaa kyvyttömyyttä tyydyttää ihmisen perustarpeita. (Saari 2015, 71.)

Ihmisten tarpeet luokitellaan perustarpeisiin ja välittäviin tarpeisiin. Perustarpeita ovat henkinen autonomia eli omaehtoisuus ja fyysinen terveys. Niiden tyydyttämiseen tarvitaan välittävien tarpeiden tyydyttämistä. Ne luokitellaan monella eri tavalla. Niitä ovat esimerkiksi ruoka, vesi, taloudellinen-, henkinen- ja fyysinen turvallisuus, asuminen, terveydenhuolto sekä koulutus. Jos välittäviä tarpeita ei ole tyydyttävästi, ihminen menettää henkisen autonomian sekä fyysisen terveyden ja asemoituu näin köyhien ryhmään. Huono-osaisuudesta voidaan

puhua silloin, kun välittävät tarpeet jäävät melkein kokonaan tyydyttämättä sekä henkiseen autonomiaan ja fyysiseen terveyteen liittyä toistuvia tai pysyviä vajaita. (Saari 2015, 72 - 73.)

2.2 Terveyserojen kaventaminen

Suomalaisten terveys ja hyvinvointi ovat kohentuneet jatkuvasti, mutta samalla eri sosiaaliryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat pysyneet ennallaan tai kasvaneet. Terveyserojen kaventaminen on kansallinen tavoite. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa terveyserojen kaventamisen yleisestä suunnittelusta, valvonnasta ja ohjauksesta. Näin parannetaan väestön toiminta- ja työkykyä, vähennetään sairastavuutta ja ennenaikaisia kuolemia sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta. Sosiaali- ja terveystieteiden strategiasuunnitelmassa korostetaan, että päihde- ja mielenterveyspalvelujen saatavuutta tulee myös parantaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a.)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrittää kuntien tehtäviä, joiden tarkoitus on vähentää väestöryhmien välisiä eriarvoisuuksia ja terveyseroja. Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) on myös säädöksiä, joiden tarkoituksena on seurata väestöryhmien hyvinvointia ja terveyttä sekä vähentää eriarvoisuutta. Kunnat seuraavat asukkaidensa hyvinvointia ja terveyttä väestöryhmittäin sekä arvioivat ennakkoon päätösten vaikutuksia väestön terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Kyseinen toiminta on osa kuntasuunnittelua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.)

Terveyserot eivät ole eettisesti hyväksyttäviä. Terveyseroja kaventamalla pyritään yleisesti kansanterveyden kohentamiseen, kustannusten hillitsemiseen, palveluiden turvaamiseen, työllisyysasteen nostamiseen sekä yhteiskuntarauhan turvaamiseen. Kansanterveys parantuisi merkittävästi, jos terveysongelmista kärsivien väestöryhmien terveyttä kohennettaisiin. Kasaantuneet hyvinvointi- ja terveysongelmat näkyvät selvästi kasvaneina kustannuksina. Myös terveyden edistämisen sekä sairauksien ja syrjäytymisen ennaltaehkäiseminen tulisi huomattavasti halvemmaksi. Esimerkiksi diabeteksestä koituvat kustannukset vähenisivät 152 miljoonaa euroa, mikäli heikommin koulutetut sairastaisivat diabe-

testa yhtä vähän kuin korkeasti koulutetut. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017a.)

Kaikille tarkoitettuja terveys- ja sosiaalipalveluja kohdennetaan myös haavoittuvassa asemassa oleville, kuten pienituloisille, työttömille ja ikääntyville ihmisille. Nämä ryhmät tulisi ottaa huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Tämän vuoksi Suomessa on esimerkiksi PROMEQ-hanke. Hanke kehittää kokonaisvaltaisia ja vaikuttavia menetelmiä, joiden tavoitteena on lisätä käsitystä terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoisuudesta ja sen juurisyistä. Hanke kehittää vaikuttavia menetelmiä koulutuksen ja työelämän ulkopuolella oleville nuorille, pitkäaikaistyöttömille, oleskeluluvan saaneille maahanmuuttajille sekä kotona asuville ikäihmisille. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen käytetään sosiaalista markkinointia. Sillä pyritään tukemaan myönteisiä muutoksia haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten elintapoihin ja elämänlaatuun. Tavoitteena on yhdistää sosiaali- ja terveyspalvelut tiiviimmin osaksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämistoimien kokonaisuutta sekä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyötä. (Promeq 2017.)

2.3 Työttömien lakisääteiset terveystarkastukset terveyserojen kaventamiseksi

Suomalaisen terveystalitiikan peruseriaate on tarjota kaikille Suomessa asuville terveydentilan edellyttämää laadukasta ja riittävää palvelua riippumatta sosioekonomisesta asemasta, asuinalueesta tai taloudellisista edellytyksistä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017b). Julkisen vallan tehtävänä on lisätä ihmisten terveyttä, hyvinvointia sekä toimeentuloa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005). Terveydenhuoltolakiin (1326/2010) kuuluvat terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido. Lain tarkoituksena on ylläpitää ja edistää ihmisten terveyttä, hyvinvointia, työkykyä sekä sosiaalista turvallisuutta. Lain mukaan kuntien on tehtävä terveydenhuollon järjestämssuunnitelma, joka sisältää myös työttömien terveyspalvelut (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b).

Työttömät ovat sairaampia ja voivat huonommin kuin työssäkäyvät ihmiset (Vuokko, Juvonen-Posti & Kaukiainen 2011). Koko maassa työttömien osuus työvoimasta syyskuussa 2017 oli 10,5 % ja Pohjois-Karjalassa 14,5 %. Vuosi sitten koko maan osuus oli 12,5 % ja Pohjois-Karjalassa 15,8 %. Työttömien työnhakijoiden osuus työvoimasta on siis laskenut. Luvut ovat Pohjois-Karjalassa silti maan korkeimmat. (Suomen virallinen tilasto 2017.) Suomessa työttömät ovat hyvin vaihtelevasti toimivan julkisen terveydenhuollon järjestelmän piirissä, kun taas työssäkäyvillä on hyvä palvelujen saatavuus työterveydenhuollon ansiosta. Tämän vuoksi köyhyyydessä elävät jäävät Suomessa usein ilman tarvitsemiaan palveluja yleisimmin kuin muissa Pohjoismaissa. (Blomgren 2015.)

Työttömien terveystarkastuksien tavoitteena on tunnistaa työttömien työkyvyn esteitä, sekä tukea henkistä hyvinvointia ja elämänhallintaa. Lisäksi terveystarkastukset edistävät toiminta- ja työkykyä, ennaltaehkäisevät kansantauteja, edistävät terveydentilaa, lieventävät sekä parantavat sairauksien fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia seurauksia. Terveystarkastuksiin voi hakeutua, kun terveydentila huolestuttaa, edellisestä terveystarkastuksesta on pitkä aika tai, jos on tarvetta arvioida kuntoutustarvetta ja työkykyä. Jokainen terveyskeskus tekee työttömien terveystarkastuksia, ja niille voi hakeutua itse tai esimerkiksi Työ- ja elinkeino palveluiden, sosiaalityöntekijöiden, Kelan sekä työllistämistä edistävien yhteisöpalveluiden kautta. (Siun sote 2017.)

Työttömien sairauksien kuntoutus- ja hoitotarve jää helposti tunnistamatta. Vastuu toiminta- ja työkyvyn arvioinnin koordinoimisesta on Työ- ja elinkeino palveluilla. (Vuokko ym, 2011.) Toiminta- ja työkykyä tulee arvioida työttömyyden eri vaiheissa perusterveydenhuollossa sekä tarvittaessa erikoissairaanhoidossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b). Ihmiset ohjataan tarvittaessa hoitoon tai kuntoutuksen piiriin. Kuntoutus jaetaan kolmeen eri osa alueeseen: lääkinnälliseen, sosiaaliseen ja ammatilliseen kuntoutukseen. Lääkinnällinen kuntoutus pyrkii parantamaan kuntoutujan toimintakykyä. Sosiaalinen kuntoutus tukee ihmisen palaamista yhteiskunnan osallisuuteen vahvistamalla sosiaalista toimintakykyä ja sosiaalisen vuorovaikutuksen edellytyksiä. Ammatillinen kuntoutus

auttaa ihmisiä työllistymään, parantamaan työkykyä sekä lisäämään ammatillisia valmiuksia. (Kuntoutusportti 2016.)

3 Kolmas sektori osana terveydenhuoltoa

Kolmas sektori täydentää julkista ja yksityistä sektoria (Pihlaja 2010). Kolmannen sektorin perustehtäviä ovat eri väestöryhmien edunvalvonta, asiantuntijuus, vaikuttaminen, vapaaehtoistoiminta sekä muun auttamistyön järjestäminen, sosiaali- ja terveystalvelujen tuottaminen sekä edellä mainittuihin liittyvä kokeilu- ja kehittämistoiminta (Salmi 2014). Kolmatta sektoria tarvitaan, vaikka terveydenhuolto toimii Suomessa melko tasa-arvoisesti. Sen osuus on nimenomaan täydentää yhteiskunnan järjestämää toimintaa. Toiminta on merkityksellistä, sillä järjestöt pystyvät tuomaan sairaiden ihmisten elämään helpotusta. Kuitenkaan kolmannen sektorin käsitteellä ei ole Suomessa vakiintunutta sisältöä, ja kansainvälisessä kirjallisuudessa käytetty termistö on kirjavaa. (Pihlaja 2010.)

Julkiseen sektoriin kuuluvat kunnat ja valtio (Tilastokeskus 2017a). Yksityisiä palveluntuottajia ovat yritykset, järjestöt sekä säätiöt, jotka myyvät palvelujaan kunnille, kuntayhtymille ja suoraan asiakkaille. Näiden osuus sosiaali- ja terveystalvelujen tuotannosta on 2000-luvun aikana jatkuvasti kasvanut. Yksityiset palveluntuottajat tuottavat reilun neljänneksen kaikista sosiaali- ja terveystalveluista. (Pihlaja 2010.)

3.1 ViaDia Joensuu ry

ViaDia ry on valtakunnallinen diakoniatyön järjestö, joka perustuu Suomen Vapaakirkon arvoihin. Sen kenttätö tehdään vapaaseurakuntien alaisuudessa paikallisyhdistysten kautta. ViaDian Joensuun paikallisyhdistys tarjoaa ruoka-apua, joka on vastikkeetonta ja ilmaista. Ruoka-aputyön sisältö vaihtelee paikkakunnittain, mutta sen idea pysyy samana. ViaDia haluaa tarjota toivoa ja apua ruuan kautta. Sen tarkoituksena on tehdä diakoniatyötä aineellisen avun lisäksi myös henkisen ja hengellisen hädän lieventämiseksi sekä päihteettömän

elämäntavan ja elämänhallinnan edistämiseksi. ViaDia Joensuu tarjoaa kristillisen arvopohjan mukaisesti aineellisen avun lisäksi kokonaisvaltaista ohjausta ja tukea yksinäisyyden estämiseen, arjen hallinnan lisäämiseen sekä terveyden edistämiseen. (ViaDia 2017; ViaDia Joensuu ry 2017.)

Joensuussa ViaDian alla toimii Lähiötalo. Ruoka-apua on joka viikko, ja tällöin jaetaan leipomoiden ja kauppojen ylijäämäelintarvikkeita sekä satunnaisesti tarjolla on koulujen ylijäämäruokaa. (ViaDia Joensuu ry 2017.) Kauppojen ylijäämäruuan määrä ja laatu vaihtelevat viikoittain. Tavallisimpia tuotteita ovat erilaiset liha-, kala-, vilja- maito- sekä kasvituotteet. Ylijäämäruoka tuodaan Lähiötalon kerhotilaan, jossa se lajitellaan ja luokitellaan eri ryhmiksi. Toiminnanjohtaja vastaa ruoka-aputyön käytännöistä. Tavoitteena on mahdollisimman tasapuolinen jakelu. (Kurki 2017.)

3.2 Ruoka-apu

Ruoka-apu on tullut Euroopasta Suomeen. Siitä vastasi alussa vain uskonnolliset yhteisöt, jotka jakoivat kristillisen vapaaehtoistyön hengessä ruokaa vähäosaisille avustus- ja diakoniatöiminnan yhteydessä. (Eskelinen 2016.) Suomalaisen köyhyyden juuret ovat pitkällä historiassa (Rapo 2016). Ruoka-avun vaikiutumiseen vaikuttaneita tapahtumia Suomessa ovat olleet 1990-luvun lama, Suomen liittyminen EU:hun ja sitä kautta EU:n ruoka-apuohjelmaan, Euroopan unionin köyhyyspolitiikan jatkuva laajeneminen sekä kansainvälinen taantuma 2000-luvun loppupuolella (Ohisalo 2017). Ruoka-avun synty voidaan paikantaa lamavuosien yhteyteen (Eskelinen 2016). Köyhyys ei ole edelleenkään kadonnut, vaan yhä 2000-luvun Suomessa on vakavia vaikeuksia toimeentulon ja riittävän elintason saavuttamiseksi (Rapo 2016).

Ruoka-apu kertookin yhteiskunnan kerroksellisuudesta. Laajemmin tarkasteltaessa ruoka-avun piirissä olevat ihmiset eivät olekaan heikoimmassa asemassa. Sosioekonomisen kuvauksen avulla huumeidenkäyttäjät ja asunnottomat asetuvat heidän jälkeensä. (Ohisalo & Saari 2014, 29, 40.) Suomen perustuslaki (731/1999) takaa jokaiselle oikeuden perustoimeentuloturvaan. Kuitenkaan ruoka-apu ei ole julkisen vallan tuottamaa. Siksi seurakunnat, yksityiset ihmiset

sekä erilaiset järjestöt tuottavat avunpaikkoja sadoissa eri pisteissä ympäri Suomea. (Ohisalo & Saari 2014, 11 - 12.) Ruoka-avulla torjutaan nälän lisäksi myös syrjäytymistä ja köyhyyttä. Avunsaajille ruoka-apu on myös sosiaalinen hetki, jossa saa vertaistukea. (Kirkkopalvelut 2017.)

Ihmisen keskeinen elinehto on ruoka. Siinä on kyse muustakin kuin sen biologisesta tarkoituksesta. Ruoka ja ruokailu liittyvät kulttuurisiin ja sosiaalisiin merkityksiin, käytäntöihin, erottautumiseen, arvostukseen, tapoihin, symboleihin ja konteksteihin. Ongelma tulee silloin, kun ruokaa ei ole saatavilla, se on huonolaatuista tai omat ravitsemustottumukset ovat huonolaatuisia. Ongelmallista se on myös silloin, kun sitä on liikaa sekä tulee ylijäämää, jota ei haluta tai osata hyödyntää. (Ohisalo & Saari 2014, 11.)

Suomessa ruoka-apua saadakseen ei tarvitse olla yhteydessä ensin esimerkiksi sosiaalitoimeen tai diakoniatyöhön (Ohisalo & Saari 2014, 27). Tämän vuoksi ruoka-avun piirissä on heterogeeninen eli monenkirjava joukko ihmisiä, jotka ovat eri elämäntilanteissa. Avun piirissä on korkeakoulutettuja, yksin asuvia, perheellisiä, eläkeläisiä, työttömiä ja opiskelijoita. Suurin osa kävijöistä on työttömiä, iäkkäitä ja pääasiassa vuokralla yksin asuvia ihmisiä, joita yhdistää heikko työmarkkina-asema. He ovat suuremmassa köyhyysriskissä olevia, verrattuna isommissa kotitalouksissa asuviin. (Ohisalo & Saari 2014, 32, 40 - 41.) Ruoka-avussa käyvistä kaksi viidestä kokee huono-osaisuuden kasautuvan yhtä aikaa terveydelliselle, sosiaaliselle ja taloudelliselle ulottuvuudelle. Taloudellinen ulottuvuus kertoo vaikeuksista selvitä veloista sekä tulojen riittämättömyydestä menoihin. Sosiaalinen ulottuvuus puolestaan kuvaa masentuneisuutta, yksinäisyyttä ja nälkää. Terveystilainen huono-osaisuus on fyysistä ja psyykkistä ja se yhdistyy heikentyneeseen elämäntyytyväisyyteen. (Ohisalo 2017.)

4 Tyypin 2 diabetes

Kansantaudeilla tarkoitetaan sairauksia, jotka ovat yleisiä väestössä ja joilla on suuri merkitys väestön terveydentilalle eli kansanterveydelle. Ne vaikuttavat

työkykyyn sekä ne ovat hyvin yleinen kuolleisuuden aiheuttaja. Kansantautien hoito on terveydenhuollon palveluita vaativaa, jonka vuoksi sillä on suuri vaikutus myös kansantalouteen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a.) Diabetes on yksi kansantaudeista. Siinä haima ei tuota insuliinia tarpeeksi tai ei ollenkaan tai insuliini vaikuttaa elimistössä riittämättömästi. Insuliini on haiman erittämä hormoni, joka on ihmiselle elintärkeä, eikä ilman sitä voi elää. Se säätelee energia-aineenvaihduntaa eli elimistön rasvan ja sokerin käyttöä ja varastoitumista sekä proteiinien ja valkuaisaineiden rakentumista. (Illanne-Parikkala, Rönnemaa & Saha 2015, 9; Diabetesliitto 2017a.) Diabetes on ryhmä sairauksia, jotka voidaan jakaa kahteen päätyyppiin sekä erilaisiin alatyyppeihin. Päätyyppejä ovat tyypin 1 ja tyypin 2 diabetes sekä raskausdiabetes on esimerkki alatyypistä. (Illanne-Parikkala ym. 2015, 9.)

Tyypin 2 diabeteksessa verensokeriarvot ovat kohonneet. Syynä on insuliinin vaikutuksen heikentyminen eli insuliiniresistenssi tai insuliinierityksen häiriintyminen tai nämä molemmat. Kehon solujen reagointi haiman erittämään insuliinihormoniin heikkenee insuliiniresistenssissä. Sen vuoksi veressä oleva sokeri eli glukoosi ei pääse siirtymään solujen käyttöön tarpeeksi tehokkaasti. Aluksi haima yrittää parantaa tilannetta lisäämällä insuliinin eritystä ja tuotantoa, mutta insuliiniresistenssin jatkuessa se ei pysty enää lisäämään insuliinin eritystä tarpeeksi. Tämän vuoksi veren sokeripitoisuus nousee vähitellen. (Illanne-Parikkala ym. 2015, 9.)

4.1 Oireet ja hoito

Tyypin 2 diabeteksen kehittyminen vie useita vuosia. Se ei yleensä aluksi aiheuta oireita, minkä vuoksi moni ei tiedä sairastavansa sitä. Sairaus todetaan usein sattumalta muiden verikokeiden yhteydessä tai valtimosairauden puhjetua. Oireita voivat olla väsymys etenkin ruuan jälkeen, jalkasärky, ärtyneisyys, herkkyyys erilaisille tulehduksille sekä uupumus, johon ei auta uni. Sairauden edetessä veren sokeripitoisuus suurenee yhä enemmän, minkä seurauksena voi tulla janon tunne sekä virtsanerityksen lisääntyminen. (Illanne-Parikkala ym. 2015, 10; Mustajoki 2017a; Mayo Clinic 2017.) Tyypin 2 diabeteksen toteamiseen tarvitaan veren sokeripitoisuuden määrittäminen. Se voidaan todeta kahdella eri

tavalla: silloin, kun on diabeteksen oireita, ja paastoverensokeri on 7 mmol/l tai suurempi tai silloin, kun on oireita ja 2 tunnin arvo sokerirasituskokeessa on yli 11 mmol/l. Oireettomalla ihmisellä toinen kohta tulee todeta vähintään kaksi kertaa. (Diabetesliitto 2017b.)

Tyypin 2 diabeteksen hoito on kokonaisvaltaista, ja sen toteuttaa pääasiassa sairastunut itse (Mustajoki 2016). Keskeistä on terveellinen ruokavalio, säännöllinen liikunta sekä tarvittaessa lääkehoito (Evert, Boucher, Cypress, Dunbar, Franz, Mayer-Davis, Neumiller, Nwankwo, Verdi, Urbanski & Yancy 2014). Keinoina ovat kohtuulliset muutokset liikunta- ja ruokailutottumuksiin sekä laihduttaminen. Kyseisiin keinoihin voi saada ohjausta diabeteshoitajalta tai terveydenhoitajalta. (Mustajoki 2016.)

Hoidolle on määritetty kaksi tavoitetta. Ensimmäinen tavoite on alentaa verensokeri riittävän lähelle normaaliarvoa. Normaalit paastoarvon rajat ovat 4 - 7 mmol/l ja aterian jälkeen alle 8 mmol/l. Verensokerin alentaminen ehkäisee diabeteksen lisätautien edistymistä ja parantaa vointia. Toinen tavoite on vähentää aivohalvaukseen ja sepelvaltimotautiin sairastumista, sillä diabeteksessa näiden valtimosairauksien riski on suurentunut. Tarvittaessa verensokeria voidaan säädellä myös lääkityksellä, josta päättää lääkäri. (Mustajoki 2016.)

Lääkityksen aloittaminen tulee ajankohtaiseksi, jos paastoverensokeri on toistuvasti yli 7 mmol/l tai kaksi tuntia aterian jälkeen yli 11 mmol/l tai molemmat arvot ovat yhtä aikaa koholla. Ensisijaisesti tyypin 2 diabeteksessa verensokerilääkkeenä käytetään metformiini tablettimuotoista valmistetta. Sitä on käytetty pitkään ja se on yleisin lääke juuri tyypin 2 diabeteksen hoidossa, koska se on tehokas ja edullinen sekä siitä on paljon käyttökokemuksia. (Diabetesliitto 2017c.) Tyypin 2 diabeteksen hoidon etenemistä ja onnistumista täytyy seurata säännöllisesti 3 - 6 kuukauden välein diabeteshoitajan tai lääkärin vastaanotolla. Siellä ammattihenkilö ja diabeetikko käyvät yhdessä läpi omamittausarvoja, mahdollisia diabeteksen aiheuttamia oireita, tarkistavat hoitoa sekä sen tarvetta ja kontrolloivat verenpainetta ja painoa. Lisäksi he arvioivat yhdessä elintapamuutosten edistymistä. (Alahuhta & Seppänen 2006, 27.)

4.2 Riskitekijät ja ennaltaehkäisy

Tyypin 2 diabetes kehittyy perimän ja elintapojen yhteisvaikutuksesta vuosien kuluessa (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014b). On olemassa taustariskitekijöitä sekä riskitekijöitä. Taustariskitekijät auttavat havaitsemaan riskissä olevia ihmisiä. Niitä ovat sukusairaus eli perimä, etninen tausta ja aineenvaihdunnan häiriö. Riskitekijöihin pystyy vaikuttamaan omien valintojen kautta. Niistä suurimpana ovat ylipaino ja vyötärölihavuus. (Illanne-Parikkala ym. 2015, 25.) Muita riskitekijöitä ovat metabolinen oireyhtymä, vähäinen liikunta, tupakointi, epäterveellinen ruokavalio ja univaje. Ympäristön riskitekijät vaikuttavat elintapoihin. Riskiympäristön voi tunnistaa kiinnittämällä huomiota vähäiseen liikuntaan ja epäterveelliseen ruokavalioon, matalaan koulutus- ja varallisuustasoon, stressiin sekä kulttuurin ja uskonnon rajoitteisiin, esimerkiksi liikuntapalvelujen käytön suhteen. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014b.)

Tyypin 2 diabetesta edeltää usein metabolinen oireyhtymä, johon liittyvät soke-riaineenvaihdunnan häiriön lisäksi keskivartalolihavuus, kohonnut verenpaine sekä häiriöt veren hyytymisessä ja poikkeavat veren rasva-arvot (Diabetesliitto 2017a). Sairastuneet ovat yleensä yli 40-vuotiaita, mutta tyypin 2 diabetes lisääntyy yhä nuoremmissa ikäryhmissä ja nopeasti kaikkialla maailmassa. Yli puolet suomalaisista aikuisista luokitellaan vähintään ylipainoisiksi, sekä joka viidennes on määritelmän mukaan lihava. On myös arvioitu, että joka kolmannella suomalaisella on perinnöllinen taipumus sairastua. Sairastumisriski on 40 prosenttia, jos toisella vanhemmista on todettu tyypin 2 diabetes. Riski kasvaa 70 prosenttiin, kun molemmilla vanhemmilla on tyypin 2 diabetes. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014b.)

Tyypin 2 diabeteksen puhkeamista voidaan viivyttää tai ennaltaehkäistä kiinnittämällä huomiota elintapoihin. Ehkäisykeinoja ovat terveellinen ruoka, liikunta, painonhallinta sekä tupakoimattomuus. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014b.) Jo viiden prosentin painonpudotus liikunnan ja ruokavalion avulla pienentää sairastumisriskiä vähintään 50 prosenttia, kun taas 10 prosentin painonpudotus vähentää riskiä 80 prosenttia (Tuomilehto, Lindström, Louheranta,

Mannelin, Rastas, Salminen, Eriksson & Uusitupa 2003). Tyypin 2 diabeteksen ehkäisemiseen on perustettu myös laaja Stop Diabetes -tutkimushanke. Hankkeen avulla luodaan toimintamalli, joka edistää ihmisen terveyttä ja hyvinvointia tukevia elintapoja. Yksilölle suunnatun hyvinvointimallin lisäksi hankkeen erityisenä piirteenä on elinympäristön kokonaisvaltainen huomioiminen. (Stopdia 2017.)

4.3 Sairastumisriskin arviointi

Diabetesliitto on julkaissut tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomakkeen (liite 1) vuonna 2001. Se on kehitetty suomalaisella FIN-RISKI-tutkimusaineistolla. (Illanne-Parikkala ym. 2015, 28.) Sairastumisriskin arviointilomake on nopea täyttää, ja se antaa arvion sairastumisriskistä. Tuloksia on helppo tulkita ja ymmärtää eikä sitä varten tarvitse ottaa laboratoriokokeita. (Diabetesliitto 2017d & Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, 27.)

Sairastumisriskin arviointilomakkeessa on pisteytys, joka koostuu seuraavista osa-alueista: vyötärön ympärys, painoindeksi, liikunta, ravitsemus, lääkitys, sokeriarvot, ikä ja perinnöllisyys (Diabetesliitto 2017d). Arviointilomakkeessa vyötärön ympärysmittaa hyödynnetään kuvaamaan vatsaontelon alueelle ja sisäelimiin kertynyttä liikalihasta (Käypä hoito - suositukset 2010). Mittaustulokselle on asetettu kansainväliset metabolisen oireyhtymän määrittelyssä käytetyt raja-arvot. Metabolinen oireyhtymä tarkoittaa aineenvaihduntaan liittyvää häiriötä, jossa ihmisellä on useita terveyttä uhkaavia häiriöitä samanaikaisesti. (Mustajoki 2017a.) Naisilla merkittävä vyötärölihavuuden raja-arvo on >88 cm ja miehillä >102 cm. Tavoitearvoksi naisille on säädetty <80 cm sekä miehille <94 cm (Käypä hoito - suositukset 2010).

Paino ei kerro pelkästään, onko ylipainoa vai ei, koska ihmiset ovat eripituisia. Tämän vuoksi paino tulee suhteuttaa pituuteen ja se tehdään painoindeksin avulla. Painoindeksin lyhenne on BMI, ja se tulee englannin kielen sanoista Body Mass Index. Se lasketaan siten, että paino jaetaan pituuden neliöllä. Tämän perusteella on tehty raja-arvot, jotka määrittävät ihmisen terveyden tasapainon.

Normaalin painoindeksin raja-alue on välillä 18,5-25. Painoindeksin ollessa alle 18,5 tai suurempi kuin 25 sairauksien vaara suurenee. Raja-alueita käytetään 18-vuotiaille ja sitä vanhemmille, mutta yli 70-vuotiailla painoindeksi voi olla hieman yli 25 ilman, että sairauksien vaara suurenee. (Mustajoki 2017b.)

Fysiologisten mittausten lisäksi testissä kartoitetaan liikunnan osuutta. Puolen tunnin reipas arkiliikunta päivittäin parantaa kestävyyskuntoa ja auttaa samalla painonhallinnassa. On havaittu, että säännöllisellä ja pitkäaikaisella arkiliikunnalla tyypin 2 diabeteksen kehittymisen vaara laskee 50 prosenttia. (UKK-instituutti 2015.) Arviointilomakkeessa nostetaan esille myös terveellinen ruokavalio eli kasvisten, hedelmien ja marjojen syönti. Lisäksi kartoitetaan säännöllisen verenpainelääkityksen käyttöä sekä sitä, onko verensokeri ollut joskus koholla. Perinnöllisyydestä kartoitetaan perheenjäsenten tai sukulaisten sairastuneisuutta diabetekseen, sillä perintötekijät ovat merkittäviä riskitekijöitä tyypin 2 diabeteksen puhkeamiselle. (Diabetesliitto 2017d.)

Kysymysten ja mittausten avulla riskitekijät pisteytetään. Niiden pohjalta yhteenlaskettu summa kertoo, kuinka suuri riski on sairastua tyypin 2 diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa. Pistemäärän ollessa 7 - 14 tulee miettiä liikunta- ja ruokatottumuksia sekä kiinnittää huomio painoon estääkseen diabeteksen syntymisen. Kun taas pistemäärän ollessa 15 - 20, tulee hakeutua terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolle sairastumisriskin tarkempaa arviointia varten. Välittömästi tulee hakeutua terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolle, jos saa pistemääräksi yli 20. Tällöin mitataan verensokerin paastoarvo sekä sokerirasituksen tai aterian jälkeinen arvo, jotta voidaan todeta oireeton diabetes. (Diabetesliitto 2017d.)

5 Ravitsemus osana kansantautia

Tyypin 2 diabetesta voidaan ehkäistä ja vähentää kiinnittämällä huomiota elintapoihin, kuten terveelliseen ravitsemukseen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014c). Ravitsemus on kokonaisuus. Siinä ratkaisee jokapäiväiset valinnat pit-

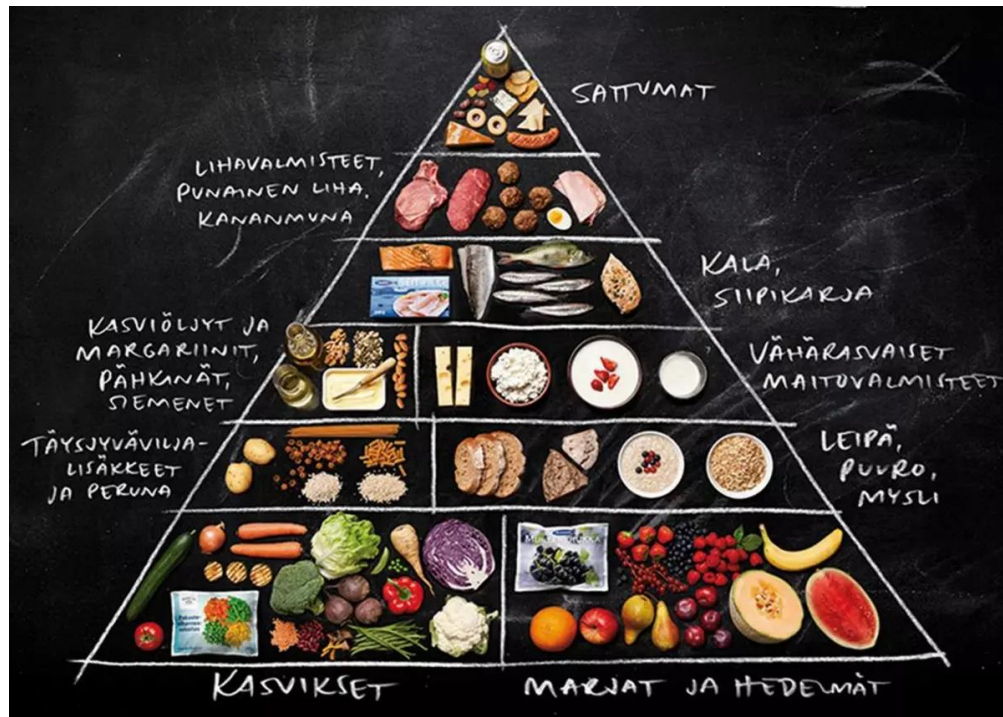
källä aikavälillä. Ravinnosta täytyy saada sopivasti energiaa ja suojaravintoaineita pysyäkseen toimintakykyisenä ja terveenä. Terveellinen ruokavalio sisältää kohtuullisesti pehmeää rasvaa, niukasti kovaa rasvaa, runsaasti ravintokuitua ja vähän suolaa. Jokaisella välipalalla ja aterialla suositellaan syömään kasviksia, marjoja sekä hedelmiä. (Illanne-Parikkala ym. 2015, 129 - 132.)

Matala tulotaso liittyy vähäisempään kasvisten, vähärasvaisen maidon ja juuston sekä ruisleivän päivittäiseen käyttöön. Näissä tapauksissa heikoimmassa asemassa olevat joutuvat kaksoistaakan alle. He saattavat joutua turvautumaan vähemmän terveelliseen vaihtoehtoon taloudellisen tilanteen vuoksi, vaikka tietäisivätkin terveellisen ravinnon merkityksen. (Sihto 2016, 18 - 19; Helldán, Raulio, Kosola, Tapanainen, Ovaskainen & Virtanen 2013.)

5.1 Ravitsemuksen lähtökohdat

Ravitsemuksen lähtökohtana on säännöllinen ateriarytmi. Se estää nälkää ja nälän tunteen riistäytymistä ahmimiseksi sekä pitää veren glukoosipitoisuuden tasaisena. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.) Säännöllisin väliajoin terveellisen aterian syöminen tarkoittaa, että päivittäin pitää syödä ainakin aamupala, lounas, päivällinen sekä tarvittaessa yksi tai kaksi välipalaa (Aro 2015).

Ruokakolmio (kuva 1) havainnollistaa terveellisen ruokavalion kokoamista. Ruoka-aineet ryhmitellään ravintosisällön sekä käyttötiheyden mukaan. Ruokavalion täytyy koostua hiilihydraateista, kuiduista, proteiineista ja hyvistä pehmeistä rasvoista. Kovaa rasvaa ja sokeripitoista ruokaa ei suositella usein syötäväksi. Kiellettyjen ruoka-aineiden listaa ei ole, sillä kaikkea voi syödä, kun määrät ovat sopivia. (Illanne-Parikkala ym. 2015, 130.) Ruokakolmion alaosassa ruoka-aineet ovat sellaisia, jotka luovat päivittäisen ruokavalion perustan, kun taas kolmion huipulla olevat ruoka-aineet eivät kuulu päivittäin käytettyinä terveyttä edistävään ruokavalioon (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014). Tällaisia ruokia ovat kovaa rasvaa sisältävät juustot, makkarat, suolaiset keksit sekä makeiset. Ne huonontavat ruokavalion ravitsemuksellista laatua, ja sen vuoksi niitä tulisi syödä vain harvoin ja vähän. (Illanne-Parikkala ym. 2015, 132.)



Kuva 1. Ruokakolmio. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2017).

Ruokakolmion avulla on helppoa rakentaa sopusuhtaisia aterioita, johon auttaa lautasmalli (kuva 2) (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014). Se havainnollistaa tavallisen lounasaterian koostamista lautaselle. Puolet lautasesta tulee olla tuoreita tai kypsennettyjä kasviksia, neljännes perunaa, pastaa tai riisiä ja neljännes kalaa tai lihaa. Lautasmalliin on liitetty myös ohjeita, jotka tarkentavat ruokien valintaa: runsaasti hedelmiä, marjoja ja kasviksia, täysijyväviljavalmisteita, kalaa kaksi tai kolme kertaa viikossa, vähärasvaista lihaa sekä ruokajuomaksi rasvatonta piimää tai maitoa. (Aro 2015.)



Kuva 2. Lautasmalli. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2017).

5.2 Ravitsemussuositukset tyypin 2 diabeteksessa

Tyypin 2 diabeetikoille soveltuu laadultaan samanlainen ruoka, jota suositellaan koko väestölle suomalaisten ravitsemussuositusten mukaan. Sairastuneen on kuitenkin hyvä ottaa ruokavaliosuositukset vakavammin. Tyypin 2 diabetesta sairastava saa omahoito-ohjeet terveydenhuollosta, joiden avulla seurataan sovitun ruokavalioiden toteutumista. Ravitsemussuositus tähtää siihen, että energiansaanti on sopivaa suhteessa kulutukseen. Ruokavalio edistää terveyttä vain silloin, jos sitä toteuttaa oikein. (Illanne-Parikkala ym. 2015, 129 - 130, 133 - 134.)

Hedelmiä, marjoja, vihanneksia, sieniä ja juureksia täytyisi syödä vähintään 500 grammaa päivässä eli noin 5-6 annosta. Yksi annos tarkoittaa yhtä keskikokoista hedelmää, yhtä desilitraa marjoja tai 1,5 desilitraa salaattia tai raastetta. Hedelmiä ja marjoja tulee olla noin puolet määrästä ja loput vihanneksia sekä juureksia. Hedelmät, marjat ja kasvikset sisältävät paljon kivennäisaineita, vita-

miineja ja runsaasti kuituja sekä monia muita hyödyllisiä yhdisteitä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

Viljavalmisteita tai perunaa suositellaan päivittäin miehille yhdeksän ja naisille kuusi annosta, joista puolet tulee olla täysjyväviljavalmistetta. Yksi annos on yksi leipäviipale tai yksi desilitra keitettyä täysjyväpastaa, -riisiä tai -ohraa. Lautasellinen puuroa vastaa kahta annosta. Kuitupitoisuuden tulee olla vähintään 6 g/100 g, kun valitsee täysjyväviljavalmisteita. Peruna sisältää C-vitamiinia, useita kivennäisaineita sekä kohtuullisesti hiilihydraatteja. Perunalla ei ole kuitenkaan tutkimuksien mukaan erityistä terveyttä heikentävää eikä edistävää vaikutusta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

Kananmuna, liha ja kala ovat hyviä proteiinin lähteitä. Punaista lihaa ja lihavalmisteita ei tulisi nauttia enempää kuin 500 grammaa viikossa, ja se suositellaan valitsemaan aina vähärasvaisena sekä mahdollisimman vähäsuolaisena. Rasvan laadulta ja määrältä siipikarjan liha on parempaa kuin lampaan ja naudan liha. Lihassa on myös paljon hyvin imeytyvää rautaa. Kalaa suositellaan syötävän kaksi tai kolme kertaa viikossa eri kalalajeja vaihdellen. Se on myös hyvä D-vitamiinin ja pehmeiden rasvojen lähde. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 22.) Kalan lisäksi pehmeiden rasvojen saannin turvaamiseksi tulee käyttää rypsiöljyä, margariineja sekä erilaisia pähkinävalmisteita. Ne sisältävät pehmeää rasvaa, ja näin varmistetaan sydämelle tärkeiden rasvojen saanti. Kasvirasvapohjainen margariini on hyvä leipärasvaksi sekä rypsiöljyä tulee käyttää ruuanlaitossa ja salaattinkastikkeena. (Illanne-Parikkala ym. 2015, 131.)

Maitovalmisteet ovat erinomaisia proteiinin, kalsiumin, jodin ja monien vitamiinien lähteitä. Kaksi tai kolme viipaletta juustoa ja viisi tai kuusi desilitraa maitovalmisteita sisältää päivittäisen kalsiumin tarpeen. On syytä suosia vähärasvaisia ja rasvattomia maitovalmisteita, koska rasvaisissa maitovalmisteissa on runsaasti kovaa rasvaa. Viili, jogurtti, piimä ja maito saavat sisältää korkeintaan yhden prosentin rasvaa. Juustoista tulee suosia enintään 17-prosenttista ja vähemmän suolaa sisältäviä tuotteita. Maitovalmisteet voidaan korvata tarvittaessa kasvipäraseisellä kalsiumilla ja D-vitamiinilla täydennetyillä elintarvikkeilla, kuten kaura- ja soijajuomilla. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

Nesteiden tarve on kaikille yksilöllinen. Siihen vaikuttavat ympäristön lämpötila, ikä sekä fyysinen aktiivisuus. Kaikkien juomien määrä päivässä on 1-1,5 litraa ruuan sisältämien nesteiden lisäksi. Usein tämä tarve täyttyy, jos vuorokaudessa juodaan janon mukaan. Janojuomaksi vesi on paras. Täysmehua suositellaan nautittavan vain yksi lasi vuorokaudessa eikä sokeroituja mehuja tai happamia juomia suositella käytettäväksi säännöllisesti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on antaa tietoa ruoka-avun piirissä oleville ihmisille tyypin 2 diabeteksesta, sen riskitekijöistä ja ennaltaehkäisystä. Tavoitteena on madaltaa kynnystä hakeutua tarvittaessa terveydenhuollon piiriin. Opinnäytetyön tehtävänä on pitää Lähiötalolla ruoka-avun piirissä oleville ihmisille tyypin 2 diabeteksesta terveystiete. Terveystieteellä kartoitamme sairastumisriskiä.

7 Opinnäytetyön toteutus

Ammattikorkeakoulussa suoritettava 15 opintopisteen laajuinen opinnäytetyö on opintojen aikana suoritettavista yksittäisistä opintokokonaisuuksista laajin. Siihen kuuluu itsenäisen työskentelyn lisäksi toiminta ulkopuolisten tahojen kanssa. Prosessi muodostuu käynnistys-, työskentely- ja viimeistelyvaiheesta, joiden osa-alueissa eli suunnitelmassa, toteutuksessa ja raportoinnissa tulee näkyä opintojen aikana kerätty ammattitaitoisuus. (Karelia-ammattikorkeakoulu 2016.) Opinnäytetyö voi olla joko tutkimuksellinen tai toiminnallinen (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9). Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen.

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö pyrkii olemaan käytännön toiminnan opastamista, ohjeistamista, järjeistämistä ja järjestämistä. Opinnäytetyössä on tärkeää, että sillä on toimeksiantaja. Sen avulla voidaan osoittaa ammattitaitoa sekä osaa- mista laajemmin ja näin ollen herättää kiinnostusta työelämässä. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on ihmisten osallistaminen aktiviteettiin, tapahtu- maan tai toiminnan havainnollistamista ohjeistuksen tai oppaan avulla. Siihen kuuluvat käytännön toteutus eli produkti sekä raportointi. Produktina voi olla esimerkiksi ohjeistus, tapahtuma, opas tai kotisivut. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9 - 10, 16, 38.)

Produkti suoritetaan ennalta laaditun ja ohjaajien hyväksymän suunnitelman mukaisesti (Karelia-ammattikorkeakoulu 2016). Tärkeää on, että raportointi ja toteutus yhdistyvät tutkimusviestinnän tavoin. Opinnäytetyön täytyy olla työelä- mälähtöinen ja käytännönläheinen sekä riittävästi alan taitojen ja tietojen hallin- taa osoittava. Toiminnallisen opinnäytetyön raportti on sellainen, missä näkyy, miten ja miksi on tehty, millainen työprosessi se on sekä millaisiin johtopäätök- siin ja tuloksiin on päädytty. Raportissa ilmenee myös, kuinka arvioidaan pro- sessia, produktia ja oppimista. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9 - 10, 38, 65.)

7.2 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyön aloitimme elokuussa 2017, jolloin aloimme käymään opinnäyte- työn ohjausryhmässä. Tapaamisia ryhmän kanssa oli syksyllä säännöllisin vä- liajoin. Niissä saimme ohjausta ja vinkkejä, kuinka edetä työssämme. Saimme toimeksiantajan syyskuussa 2017 ja tapasimme silloin ensimmäisen kerran. Tapaamisella keskustelimme kohdejoukosta, aiherajauksesta sekä toteutukses- ta. Yhdessä löysimme mielenkiintoisen aiheen ja toteutustavan. Tämän jälkeen aloitimme opinnäytetyön suunnitelman teon, teimme tiedonhakuja sekä aloitim- me tietoperustan kirjoittamisen. Keväällä olimme päättäneet, että olemme joulu- kuun 2017 seminaarissa. Lähdimme työstämään opinnäytetyötä sen mukaises-

ti. Toimeksiantajan kanssa sovimme hyvissä ajoin päivämäärät terveystieteelle, jotta ehtisimme järjestämään ne ennen työharjoittelumme alkamista. Työharjoittelumme alkoi marraskuun toisella viikolla. Tämän vuoksi raportin kirjoittamiselle jäi vielä aikaa.

Lokakuussa 2017 saimme opinnäytetyön suunnitelman hyväksyttyä ja jatkoimme tietoperustan kirjoittamista. Tietoperustan kokonaisuuden hahmottaminen oli aluksi haastavaa. Saimme toimeksiantajalta tähän hyviä vinkkejä ja toimiva kokonaisuus löytyi terveystietettä ajatellen. Aluksi opinnäytetyön tietoperustassa oli mukana myös mielenterveysongelmat. Rajasimme kyseisen kokonaisuuden pois, sillä koimme, että se ei sopinut aiheeseen. Koko prosessi käynnistyi vauhdilla, ja etenimme nopeasti. Toiminnallisen osuuden suunnitteleminen ja toteuttaminen olivat meille mieluista. Etenimme hieman liiankin nopeasti, sillä emme olisi virallisesti saaneet suunnitella toiminnallista osuutta, ennen kuin opinnäytetyön suunnitelma oli hyväksytty. Osallistuimme opinnäytetyön tiedonhakuklinikoille ja saimme sieltä tietoa luotettavien lähteiden löytämiseen. Mainostimme terveystietettä ruoka-avun yhteydessä neljänä päivänä. Pyrimme herättämään ihmisten mielenkiintoa omasta sairastumisriskistä sekä saamaan mahdollisimman monen varaamaan terveystieteelle henkilökohtaisen ajan. Mainonta tapahtui mainosesitteen (liite 2) sekä keskustelun avulla. Tämän avulla pyrimme mataltamaan kynnystä tulla terveystieteelle sekä luomaan positiivisen ja luotettavan ilmapiirin alusta alkaen.

Marraskuussa 2017 pidimme toteutuksen kahtena eri päivänä. Tämän jälkeen pääsimme kirjoittamaan opinnäytetyön toteutus- ja pohdintaosuuksia. Saimme myös ohjaavilta opettajilta luvan osallistua joulukuussa 2017 järjestettävään seminaariin. Aloitimme marraskuussa työharjoittelun, joten meidän piti suunnitella hyvin, kuinka etenemme raportin kirjoittamisessa. Olimme uudessa tilanteessa, sillä koko prosessin ajan olimme toteuttaneet yhdessä tiedonhakuja, tietoperustan kirjoittamista, toteutuksen suunnittelua, mainontaa sekä itse toteutusta. Jaoimme raportin kirjoittamista osiksi ja tämä osoittautuikin vaikeimmaksi ja raskaimmaksi osuudeksi opinnäytetyössämme. Pyrimme suunnittelemaan harjoittelun työvuorot siten, että molemmilla oli vapaapäivät samaan aikaan, jolloin pystyimme yhdessä kirjoittamaan.

Joulukuussa 2017 seminaarin jälkeen muokkasimme työtä vertaisarvioinnin ja ohjaavien opettajien neuvojen mukaan sekä käytimme opinnäytetyön väliluentassa. Niiden perusteella täydensimme työmme valmiiksi. Kypsyysnäyte tuli myös ajankohtaiseksi ja lopullisena tavoitteena oli, että opinnäytetyö työ olisi valmis ja laitettu Theseuksen helmikuuhun 2018 mennessä.

7.3 Lähtötilanteen kartoitus

Lähtötilanteen kartoituksen teimme syyskuussa 2017. Keskustelimme toiminnanjohtajan kanssa sekä havainnoimme ruoka-avun piirissä olevia ihmisiä. Keskustelussa nousi esille huolenaihe julkisen terveydenhuollon palveluiden käyttämisestä sekä niiden tietoisuudesta. Esille nousi myös epäily, että ruoka-avun piirissä olevat ihmiset eivät tiedä heille kuuluvista terveystarkastuksista. Tämän vuoksi toiminnalla pyrimme madaltamaan kynnystä hakeutua tarvittaessa terveydenhuollon piiriin. Pyrimme pääsemään tavoitteeseen Rantakylän hyvinvointiaseman puhelinnumeroiden avulla.

Kävimme havainnoimassa ruoka-avun piirissä olevia ihmisiä ruoanjakelu tilanteessa. Seurasimme jakelutilannetta pöydän vieressä, josta he voivat ottaa elintarvikkeita. Havainnoimme, kuinka ruoka-avun piirissä olevat ihmiset käyttäytyivät sekä millaisia elintarvikkeita he valitsivat. Tärkeä havainto oli, että osa yritti valita elintarvikkeet terveellisyyden perusteella ja osa valitsi vain valmisruokaa sekä makeaa, jotka eivät ole terveellisiä. Havainnoimisen pohjalta päädyimme pitämään terveystieteen, jossa kartoitamme tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskiä. Ruoka-avun vuoksi halusimme nostaa myös yhdeksi tärkeäksi osaksi ravinnon ja sen merkityksen sairastumisriskissä ja hoidossa.

Havainnoimme myös ruoka-avun piirissä olevien ihmisten ulkoista olemusta. Sen perusteella useilla ihmisillä oli ylipainoa, jonka seurauksena myös metabolista oireyhtymää. Ne ovat tyypin 2 diabeteksen riskitekijöitä. Useat ihmiset myös tupakoivat jonottaessa ruokajakelun alkua. Tupakointi on myös yksi riskitekijä (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014b). Näiden syiden vuoksi valitsimme

aiheeksemme laajemman kokonaisuuden eli tyypin 2 diabeteksen vaikka aluksi aiheenamme oli vain verensokerinmittaus.

7.4 Terveyspisteen suunnittelu ja toteutus

Terveyspisteen suunnittelu alkoi syyskuussa 2017, jolloin tapasimme ensimmäisen kerran Lähiötalon toiminnanjohtaja. Tapaamisella hän kertoi Lähiötalon toiminnasta ja sen kohdejoukoista sekä aikaisemmista opinnäytetöistä. Näiden perusteella lähdimme miettimään kohdejoukkoa, aiheen rajausta ja produktia. Toimeksiantajan idea kohdejoukosta oli ikäihmiset tai ruoka-avun piirissä olevat. Päädymme valitsemaan ruoka-avun piirissä olevat ihmiset. Pidimme kohdejoukkoa erittäin tärkeänä, koska Lähiötalolla ei ole toimintaa eikä aikaisempia opinnäytetöitä kyseiselle kohdejoukolle.

Aiheen rajasimme lähtötilanteen kartoituksesta saadun tarpeen perusteella. Suunnittelun aloitimme tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomakkeen avulla. Kokosimme sen avulla tarvittavat fysiologiset mittaukset sekä niihin tarvittavat välineet. Välineet lainasimme Karelia-ammattikorkeakoululta. Saimme myös Rantakylän hyvinvointiaseman diabeteshoitajalta sairastumisriskin arviointilomakkeet sekä hyvinvointiaseman yhteystiedot koottuna yhdelle paperille. Tämän avulla pystyimme ohjeistamaan heitä terveydenhuollon piiriin.

Terveyspisteeseen otimme mallia terveydenhuollon itsehoitopisteistä, joita Pohjois-Karjalassa kutsutaan Semppi - pisteiksi. Ne ovat itsepalvelupisteitä, joissa oman terveydentilan ja elämäntapojen seuranta ja arviointi ovat kaikille mahdollista. Semppi - terveyspisteistä vastaa Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus sekä sen hankkeet TERVIS eli Terveempi Itä-Suomi sekä JAKE—Järjestö ja kansalaistoiminnan kehittämishanke. Kirjastoilla, terveysasemilla ja järjestöjen toimitiloissa olevilla Semppi - terveyspisteillä on mittausvälineitä, kuten verenpainemittari ja vyötärönmittausnauha, viitearvoja mittausten tueksi, opastusta ja erilaisia testejä elintapojen arviointiin. (Pohjois-Karjalan Sairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä & Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus 2014.)

Terveyspisteen yhden käynnin pituudeksi suunnittelimme 30 minuuttia, jotta aikaa on riittävästi suorittaa mittaukset rauhassa ja luoda keskustelua. Suunnittelimme ja teimme terveyspisteen mainosesitteen (liite 2), joka vietiin Lähiötalon kerhotilan seinälle. Sen viereen laitettiin terveyspisteen ajanvarauslista (liite 3), johon ruoka-avun piirissä olevat pystyivät varaamaan henkilökohtaisen ajan kirjoittamalla nimen listaan. Aikoja oli yhteensä kymmenen, joista torstaina 2.11.2017 oli neljä ja perjantaina 3.11.2017 kuusi. Olimme neljänä päivänä ruoka-avun yhteydessä mainostamassa terveyspistettä ja samalla ottamassa ajanvarauksia vastaan. Näiden päivien aikana saimme kaikki ajat täyteen. Annoimme varauksen yhteydessä pienen ajanvaranneen muistilapun (liite 4), johon kirjoitimme päivämäärän ja kellonajan. Teimme myös terveyspisteelle fysiologisten mittausten tulokset (liite 5) lapun. Kirjoitimme niihin fysiologisten mittausten tulokset, jotta ruoka-avun piirissä olevat saivat mittaustulokset mukaan. Molemmille päiville oli omat laput, koska toteutus tapahtui kahtena eri päivänä ja lapussa oli valmiina kyseisen päivän päivämäärä. Lisäksi laadimme terveyspisteen palautelomakkeen (liite 6) tarkoituksen ja tavoitteen pohjalta.

Halusimme pitää terveyspisteen helposti lähestyttävänä, yksinkertaisena ja selkeä. Kävimme itse ruoka-avun piirissä mainostamassa ja kertomassa terveyspisteestä. Tällöin ihmiset pystyivät kyselemään ja juttelemaan kanssamme. Olimme laatineet myös terveyspisteen toimintarunon (liite 7), jonka pohjalta toteutimme jokaisen henkilökohtaisen käynnin. Halusimme pitää toimintarunon hyvin yksinkertaisena ja edetä ajat ihmisten tarpeidensa mukaan. Tämä tarkoittaa sitä, että annoimme heidän käytännössä valita, mistä keskustelimme sekä mihin asioihin annoimme neuvoa. Tämä oli hyvä valinta, koska kaikkien kohdalla nousi monia erilaisia keskustelunaiheita. Olimme laatineet toimintarunkoon myös yksinkertaisia apukysymyksiä, joita emme kuitenkaan joutuneet käyttämään. Allekirjoitimme myös toimeksiantosopimuksen (liite 8).

Suunniteltaessa terveyspistettä meidän täytyi huomioida, kuinka kerromme ihmisille, että hänellä on ylipainoa tai ruokailussa on korjattavaa. Ylipainon puheeksi ottamisen koimme helpoksi tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomakkeen avulla. Sen avulla saimme konkreettisen tiedon mahdollisesta ylipainosta ja ravitsemuksesta. Lomakkeen tulosten pohjalta pystyimme keskus-

telemaan avoimesti ja kannustavasti ruoka-avun piirissä olevien ihmisten kanssa heidän näkemyksestään omaa ylipainoa kohtaan sekä ravitsemustottumuksista. Keskustelun aikana pyrimme motivoimaan ja kannustamaan liikunnanliikkeen säilymiseen sekä kiinnittämään huomion ruokavalioon.

Toteutus järjestettiin Lähiötalon kerhotilassa. Saimme sen käyttöömmä ja järjestelimme tilan terveystieteelle sopivaksi. Ajan varanneet ihmiset tulivat oman henkilökohtaisen aikansa mukaan, joista kymmenestä ihmistä paikalle saapui yhdeksän. Toivotimme heidät tervetulleiksi terveystieteelle ja ohjeistimme jättämään ulkovaatteet naulakkoon. Aluksi mittasimme pituuden, painon sekä vyötärönympäryksen. Tämän jälkeen mittasimme verensokerin ja laskimme painoindeksin. Tietojen perusteella aloimme täyttää yhdessä tyyppin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomaketta. Kävimme läpi arviointilomakkeen ja keskustelimme asiakaslähtöisesti riskitekijöistä. Asiakaslähtöisyydessä on tärkeää, että asiakkaan arvokkuuden tunne säilyy sekä yksikölliset tarpeet ja omat toivomukset otetaan huomioon (Väestöliitto 2017). Keskustelimme myös liikuntatottumuksista, ravinnosta, verenpaine- ja kolesterolitasusta, metabolisesta oireyhtymästä sekä perinnöllisyydestä. Annoimme näistä tärkeää tietoa tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä. Näin pyrimme saamaan heidät ymmärtämään ja madaltamaan sairastumisriskiä kymmenen vuoden kuluessa. Lopuksi keskustelimme siitä, osaavatko he hakeutua tarvittaessa terveydenhuollon piiriin, esimerkiksi mittauttamaan verensokerin. Annoimme heille Rantakylän hyvinvointiaseman yhteystiedot. Tämän avulla heidän on helpompaa hakeutua terveydenhuoltoon. Terveystiete päättyi vapaaehtoiseen palautteeseen. Se palautettiin eteisessä olevaan palautelaatikkoon.

7.5 Terveystieteen arviointi

Kohdejoukolta on tärkeää kerätä palautetta tavoitteiden saavuttamisen arviointiin oman arvioinnin tueksi, jotta arvio ei jää subjektiiviseksi. Siinä on hyvä pyytää esimerkiksi kommentteja tapahtuman onnistumisesta. Kirjallista palautetta kysyttäessä on tärkeää muistaa, että opinnäytetyön tulee olla ammatillisesti

kiinnostava ja jollakin tavalla merkittävä kohdejoukolle. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 157.)

Palautekyselyn perusteella terveystieteiden oli ajankohtainen ja hyödyllinen. Palautekyselyn täyttivät kaikki yhdeksän terveystieteelle osallistunutta. Saimme välitettyä ajan varanneille lisätietoa tyypin 2 diabeteksestä, sen ennaltaehkäisystä sekä elämäntapojen merkityksestä sairastumisriskiin. Palautekyselyllä halusimme saada vastauksia opinnäytetyön tarkoitukseen ja tavoitteeseen. Kaikki vastasivat osaavansa hakeutua tarvittaessa terveydenhuollon piiriin, mutta olivat kuitenkin hyvin kiitollisia, kun saivat Rantakylän hyvinvointiaseman yhteystiedot koottuna mukaan. Suurin osa ei kuitenkaan kokenut, että terveystieteiden olisi madaltanut kynnystä hakeutua terveydenhuollon piiriin.

Pohdimme jälkeenkä, oliko kysymys muotoiltu tarpeeksi selkeäksi ja ymmärsivätkö kaikki, mitä tällä kysymyksellä tarkoitimme. Yksi ihminen ei vastannut tähän kysymykseen, jolloin jäimme pohtimaan kysymyksen haastavuutta etenkin sanan ”madalsiko” osalta. Aikaisemman kysymyksen perusteella kohdejoukko osasi hakeutua terveydenhuollon piiriin jo ennen terveystietettä. Näin ollen toimintamme ei enää voinut madaltaa kynnystä, sillä se oli jo tarpeeksi matala.

Palautteen yhteenvedon kohdejoukko oli tyytyväinen, kun heille järjestettiin mahdollisuus, jossa he voivat saada tietoa sekä teimme mittauksia ilmaiseksi. Toimintamme oli koettu ystävälliseksi, ja saimme opastamisestamme kiitosta. Yhdessä palautteessa tuli myös toive, että kyseiselle kohdejoukolle järjestettäisiin lisää samantyyllisiä terveystieteitä.

Pyysimme toimeksiantajalta palautetta ajanvarauslistasta, mainosesitteestä, muistilapusta sekä palautelomakkeesta. Saimme tuotoksistamme hyvää palautetta, eikä toimeksiantajalla ollut parannusehdotuksia. Kerroimme myös Karieli-ammattikorkeakoululta lainatuista tarvikkeista sekä Rantakylän hyvinvointiasemalta saaduista sairastumisriskin arviointilomakkeista, yhteystiedoista ja mittausväleistä. Näihin toimeksiantaja oli tyytyväinen.

Terveyspisteen jälkeen kysyimme toimeksiantajaltamme, että oliko kohdejoukko kertonut vielä palautetta toiminnastamme hänelle, mutta hänelle ei ollut kukaan antanut palautetta. Ainoastaan yksi ihminen, joka ei tullut terveyspisteelle, oli harmitellut, kun unohti tulla paikalle. Olisimme voineet jälkeen päin mennä vielä ruoka-avun yhteydessä kysymään palautetta. Etenkin palaute siitä, vaikuttiko terveyspiste heidän elintapoihin. Olisi mielenkiintoista kuulla saivatko sairastumisriskin kartoituksesta ja riskitekijöistä keskusteleminen heidät ajattelemaan terveellisempiä elämäntapoja. Haasteeksi olisi tullut se, että ruoka-avun piirissä kävijät vaihtuvat. Emme olisi välttämättä tavoittaneet terveyspisteellä käyneitä ihmisiä.

8 Pohdinta

Pohdinnassa opinnäytetyön toteutus ja tulokset suhteutetaan ammatilliseen kenttään ja työn tietoperustaan. Tuloksia ja sisältöä verrataan opinnäytetyölle asetettuihin tavoitteisiin. Lähestymistapaa ja menetelmiä arvioidaan kriittisesti sekä tarkastellaan luotettavuutta ja eettisyyttä. Pohdinnassa käsitellään myös omaa ammatillista kasvua sekä oppimisprosessia. Viimeisenä on hyvä pohtia tulevaisuusorientoituneesti jatkokehittämisideoita ja liittää työn merkityksen pohdinta laajempaan yhteiskunnalliseen ja ammatilliseen kontekstiin. (Karelia-ammattikorkeakoulu 2016.)

8.1 Terveyspisteen toteutuksen tarkastelu

Terveyspisteen tarkoituksena oli antaa tietoa tyypin 2 diabeteksesta sekä sen ennaltaehkäisystä ja riskitekijöistä. Uskomme terveyspisteen lisänneen ruoka-avun piirissä olevien tietoisuutta tyypin 2 diabeteksesta, koska kävimme jokaisen kanssa sairastumisriski arviointilomakkeen riskipisteet läpi. Katsoimme, mistä kukin oli saanut eniten pisteitä ja keskustelimme niistä asiakaslähtöisesti sairastumisriskin ennaltaehkäisyn kannalta. Keskustelu perustui tietoperus-

taamme, jonka kokosimme luotettavista lähteistä. Uskomme, että terveystieteen ansioista ihmiset kiinnittävät enemmän huomiota omiin elämäntapoihinsa.

Mielestämme tämän opinnäytetyön aihe on tärkeä ja ajankohtainen. Moni ruoka-avun piirissä oleva ihminen kertoi, että ei ole käyttänyt lakisääteisiä terveydenhuollon palveluita. Terveystieteen tavoitteena oli madaltaa kynnystä hakeutua tarvittaessa terveydenhuollon piiriin. Keräämämme palautekyselyn pohjalta kohdejoukkomme kuitenkin koki, että terveystiete ei madaltanut kynnystä hakeutua tarvittaessa terveydenhuollon piiriin. Mietimme syitä miksi kohdejoukko ei kokenutkaan asiaa niin, koska ohjeistimme lakisääteisiin palveluihin hakeutumista tietoperustan pohjalta. Neuvoimme Rantakylän hyvinvointiaseman puhelinnumeroiden avulla, kuinka voi hakeutua terveydenhuollonpiiriin.

Terveystieteen ajaksi suunnittelimme aluksi 15 minuuttia, ja aikoja olisi ollut 20. Opinnäytetyön ohjauksessa keskustelimme ohjaavien opettajien kanssa, onko aikaa varattu riittävästi tekemään fysiologiset mittaukset sekä keskustelemaan sairastumisriskin arviointilomakkeen pohjalta. Ohjaajien näkemys oli, että olisi parempi vähentää aikoja ja pidentää yksittäistä aikaa 30 minuutin mittaiseksi. Toimeksiantajan kanssa pohdimme myös asiaa ja tulimme yhdessä siihen tulokseen, että pidennämme aikaa 30 minuutiksi ja näin varattavia aikoja olisi kymmenen. Mielestämme tämä oli oikea päätös, sillä 15 minuuttia ei olisi riittänyt kaikkeen toimintaamme terveystieteellä. Mielestämme tarve oli juuri oikea eikä varattavia aikoja olisi tarvinnut olla enempää. Aktiivisella mainostamisella saimme juuri kaikki kymmenen aikaa varatuiksi.

Otimme terveystieteelle verensokerin mittauksen siksi, koska tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomakkeessa oli kysymys ”Onko verensokerisi joskus todettu olevan koholla?”. Ajattelimme, että kyseinen kohdejoukko ei ole mittauttanut verensokeriarvoja pitkään aikaan. Ilman kyseistä mittausta kohdejoukko ei olisi pystynyt vastaamaan kyseiseen kysymykseen. Lähtötilanteen kartoituksen jälkeen ajattelimme, että ruoka-avun piirissä käyvien ihmisten verensokeriarvot olisivat korkeat. Mietimme niiden olevan koholla huonojen elämäntapojen vuoksi. Saadut tulokset osoittautuivat kuitenkin kaikilla normaaliksi.

Ajanvaranneet ihmiset olivat tyytyväisiä verensokerin ollessa raja-arvojen sisällä, koska moni luuli verensokeriarvon olevan korkealla.

Toiminnallinen opinnäytetyö oli kokonaisuudessaan mielenkiintoinen prosessi. Sen toteutuksen eri vaiheissa pääsimme käyttämään omaa persoonallisuutta esimerkiksi suunniteltaessa terveystietä sekä mainosesitettä. Niiden avulla pääsimme harjoittamaan visuaalista näkemystä etenkin mainosesitteen värien yhteensopivuudessa. Värit otimme tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomakkeesta. Mielestämme visuaalisuus on meidän vahvuuksia sekä olemme käytännön ihmisiä. Mielenkiintoisimmaksi koimme terveystieteen suunnittelun ja toteutuksen. Pääsimme itse vaikuttamaan terveystieteen sisältöön. Lisäksi pääsimme harjoittamaan asiakkaan kohtaamista, vuorovaikutusta sekä ammatillisuutta.

Terveystieteen toteutus sujui suunnitelmien mukaan. Pisteellä käytössämme olleet mittausvälineet toimivat ja saadut sairastumisriskin arviointilomakkeet riittivät. Valitsemamme mittaukset olivat tarpeellisia ja ne tukivat hyvin arviointilomakkeen täyttöä. Molempina päivinä mukauduimme tilanteisiin ja olimme vuorotellen vuorovaikutuksessa ajan varanneiden kanssa. Emme puhuneet päällekkäin sekä autoimme toinen toisiamme, jos tilanne niin vaati. Keskityimme jokaisen ajan varanneen kanssa yksilöllisesti saatuihin pisteisiin. Lähes kaikkien kanssa keskustelimme terveystieteellä eniten ravitsemuksesta, mikä oli meille yllätys.

Haastavaa olivat tietoperustan yhtenäinen kokoaminen sekä aiheen rajaaminen. Meidän täytyi miettiä aiheen rajausta tarkkaan, että saimme aiheet liittymään toisiinsa. Olemme kuitenkin tyytyväisiä lopputulokseen. Terveystietä olisi voinut parantaa, jos se olisi ollut vielä laajempi kokonaisuus. Useat kysyivät, onko meillä verenpaineen tai kolesterolin mittausta. Emme kuitenkaan olleet varautuneet niihin, vaikka olisimmekin halunneet auttaa ja vastata heidän tarpeeseen. Tarve olisi ollut suuri myös kyseisille mittauksille, koska useampi ihminen kysyi samaa asiaa. Terveystietä olisi voinut kehittää myös niin, että työskentelyparina olisi ollut toisen sosiaali- ja terveysalan opiskelija. Näin työ-

kentely olisi ollut moniammatillista sekä keskustelua olisi voinut viedä eteenpäin eri näkökulmista.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuutta arvioimme laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerien avulla, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys sekä siirrettävyys. Uskottavuus (credibility) on tutkimuksen sekä sen tulosten uskottavuutta ja osoittamista tutkimuksessa. Uskottavuutta pystytään vahvistamaan keskustelemalla tutkimukseen osallistuvien ja samaa aihetta tutkivien ihmisten kanssa. Uskottavuutta vahvistaa myös se, että tekijä on pitkään tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Tutkimuksen tekijä pitää myös päiväkirjaa. Päiväkirjassa kuvataan ja pohditaan kokemuksia sekä valintoja koko prosessin ajalta. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-128.) Opinnäytetyön edetessä olemme saaneet palautetta ystäviltä sekä pienryhmäohjauksissa ohjaajiltamme. Myös toimeksiantajan kanssa olemme pitäneet yhteyttä sekä tavanneet säännöllisesti. Olemme saaneet häneltä tärkeää palautetta raportoinnista sekä tuotoksesta. Olisimme saaneet lisättyä uskottavuutta, jos pienryhmäohjauksessa olisi ollut joku toinen, jolla on sama kohdejoukko. Näin olisimme voineet käydä keskusteluja prosessin edetessä sekä kyseenalaistaa toisen ajatuksia ja oppia samalla toisiltamme.

Vahvistettavuus (dependability, auditability) on osana koko tutkimusprosessia, ja siihen kuuluu myös kirjaaminen. Kirjaaminen auttaa toista tutkijaa seuraamaan tutkimuksen eri vaiheiden pääkohtia. (Kylmä & Juvakka, 2007, 129.) Opinnäytetyötä tehdessä olemme pitäneet prosessista vapaata päiväkirjaa. Siihen olemme kirjoittanut tärkeitä päivämääriä, muistiinpanoja, kysymyksiä ja ajatuksia. Sen avulla olemme voineet palata helposti eri vaiheisiin prosessin edetessä. Vahvistettavuutta työssämme lisää myös se, että olemme kirjoittaneet raporttia niin, että lukija pystyy seuraamaan sitä ymmärrettävästi sekä saamaan selville, kuinka olemme toimineet prosessin eri vaiheissa.

Refleksiivisyys vaatii, että opinnäytetyön tekijä on tietoinen omista lähtökohdista. Tekijän on mietittävä ja arvioitava, kuinka hän itse vaikuttaa koko prosessiin ja kuvattava lähtökohdat raportissa. (Mays & Pope 2000, Malterud 2001, Horsburgh 2003, Kylmän ja Juvakan 2007, 129 mukaan.) Toimeksiantajamme sekä pienryhmäohjauksen ohjaajat kyseenalaistivat rakentavasti mielipiteitämme ja valintojamme. Opinnäytetyötä tehdessä pyrimme parhaamme mukaan tiedostamaan omat lähtökohtamme. Kahdestaan prosessia eteenpäin viedessä on ollut hyvä, kun olemme voineet keskustella ideoistamme ja ajatuksistamme. Olemme yhdessä pohtineet valintoja, emmekä ole hyväksyneet niitä ilman toisen mielipidettä. Työparin avulla saimme välitöntä palautetta sekä erilaisia näkökulmia.

Siirrettävyys (transferability) on tutkimusten tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä, tutkimuksen tekijän on osoitettava riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimuksen ympäristöstä ja osallistujista. (Lincoln & Cuba 1985, Kylmän ja Juvakan 2007, 129 mukaan.) Olemme kuvanneet toimintaa hyvin laajasti, jonka avulla lukijat pystyvät helposti tulkitsemaan prosessia.

Opinnäytetyössä tarvitaan taitoa katsella lähteitä kriittisesti sekä valita niitä harkiten. Lähde tulee arvioida sen mukaisesti, mikä on lähteen laatu, tunnettuus, ikä ja tiedonlähteen auktoriteetti. Yleensä luotettavin lähdevalinta on sellainen, joka on asiantuntijaksi tunnustettu ja on tunnetun tekijän tuorein ja ajantasaisin lähde. Uusimmissa tutkimuksissa on vanhempien tutkimuksien kestävä tieto. Ensisijaisia lähteitä eli alkuperäisiä julkaisuja suositellaan enemmän kuin sekundäärilähteitä eli toissijaisia lähteitä. Niitä tulisi välttää, koska tällöin tiedon muuttumisen riski kasvaa. Tärkeää on seurata ja tutustua alan kirjallisuuteen, sillä se ohjaa käyttämään oikeanlaisia lähteitä. Tärkeämpää toiminnallisessa opinnäytetyössä on lähteiden laatu ja käytännöllistäminen kuin niiden lukumäärä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 72, 76.)

Opinnäytetyössä käytimme luotettavaa jo olemassa olevaa tietoa. Tietoperustaan etsimme suomalaisia ja kansainvälisiä tutkimuksia sekä luotettavia kirjoja. Olemme käyttäneet opinnäytetyössämme ensisijaisia lähteitä sekä pyrkineet

välttämään toissijaisia lähteitä. Ensisijaiset lähteet lisäävät luotettavuutta, ja toissijaisten lähteiden avulla olemme päässeet alkuperäisiin tutkimuksiin. Tutkimukset ovat asiantuntijoiden tutkittua tietoa, jota olemme pyrkineet löytämään ja käyttämään mahdollisimman paljon. Suurin osa lähteistä ovat olleet korkeintaan 10 vuotta vanhoja.

Kansainvälisien lähteiden löytäminen on ollut hyvin haastavaa, mutta olemme onnistuneet löytämään joitakin. Olemme tarkastelleet ja valinneet niitä kriittisesti, sillä osa löytämistämme lähteistä oli kehitysmaissa tehtyjä tutkimuksia. Koimme, että niiden hyödynnettävyys tähän työhön ja Suomessa tehtyihin tutkimuksiin olivat hyvin ristiriitaisia.

Plagiointia on tuotosten, ilmaisujen, toisen ihmisen tutkimuksen ja ajatusten kirjoittamista omana tuotoksena. Se on vastaan tutkimuksen eettisiä sääntöjä. Plagioinniksi luokitellaan myös epäselvät ja vajaat viittaukset. Sen vuoksi viitteet ja lähteet on merkittävä tarkasti. (Vilka & Airaksinen 2003, 78.) Kiinnitimme huomiota lähdeviitteisiin ja lähteiden merkintään sekä kirjoitimme ne Karelia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeen mukaisesti. Käytimme opinnäytetyötä tehdessä myös kuvia, jotka ovat Pixabay sivustolta. Niitä voi käyttää ilman, että täytyy mainita kuvan omistajan nimi. Kerroimme kuvien yhteydessä, miltä sivustolta ne on otettu. Näin pyrimme siihen, että emme pidä toisten tekstiä tai kuvia omana ja tämän avulla työmme luotettavuus lisääntyi.

8.3 Opinnäytetyön eettisyys

Eettisyys tutkimuksessa on kaiken tieteellisen tutkimuksen toiminnan ydin. Tutkimusetiikka ja sen kehittäminen ovat olleet tärkeitä asioita hoitotieteellisessä tutkimuksessa jo kauan. Tutkimusetiikka jaetaan ulkopuoliseen ja tieteen sisäiseen. Tieteen sisäisellä etiikalla osoitetaan kyseessä olevan tieteenalan totuutta ja luotettavuutta. Perusajatuksena on, että tutkimusaineistoa ei väärennetä tai luoda tyhjästä. Tieteen ulkopuolinen tutkimusetiikka käsittelee, kuinka alan ulkopuoliset syyt vaikuttavat aiheen valintaan ja miten asiaa tutkitaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172 - 173.)

Tutkijan tulee pohtia, kuinka aihe vaikuttaa yhteiskunnallisesti, mutta erityisesti mitä se merkitsee kohdejoukolle. Oikeudenmukaisuus tarkoittaa, että kohde-ryhmä on tasa-arvoinen. Ketään ei saa sulkea ulkopuolelle, vaan kaikille on annettava tasa-arvoinen mahdollisuus osallistumiseen. Tutkimustyössä kuuluu huomioida eri kulttuurit ja niiden uskomukset, tavat sekä elämäntapojen kunnioittaminen. Eettisyyden kannalta on erittäin tärkeää, että tutkimustulokset raportoidaan totuuden mukaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176, 179.) Opinnäytetyössä takaamme eettisyyden sillä, että tietoperustaamme ei ole väärennetty tai luotu tyhjästä. Työmme ei ole sulkenut kohdejoukosta ketään ulkopuolella, vaan se on ollut kaikille oikeudenmukainen ja tasa-arvoinen. Terveyspisteen ajanvarauslista oli kaikille nähtävillä, joten osallistuminen terveystieteelle oli avoin kaikille. Eri kulttuurit ja heidän elämäntapansa, uskomuksensa ja tottumuksensa on otettu myös eettisesti huomioon.

Aihe on eettisesti yhteiskunnalle tärkeä, koska mielestämme kohdejoukko ei tule tarpeeksi huomioiduksi. Tämän vuoksi halusimme ottaa kohdejoukoksi juurikin ruoka-avun piirissä olevat ihmiset, jotta voimme laajentaa ihmisten näkemyksiä kyseisestä kohdejoukosta. Ajattelimme ruoka-avun piirissä olevien ihmisten olevan yhteiskunnallisesti heikoimmassa asemassa. Lähtötilanteen kartoituksen jälkeen ymmärsimme, ettei asia olekaan näin. Ajatukset ovat vain ihmisten omia mielipiteitä. Opinnäytetyömme edetessä olemme keskustelleet ihmisten kanssa kohdejoukon tärkeydestä sekä heidän huomioimisesta yhteiskunnallisesti.

Olemme päässeet harjoittamaan eettistä ajattelutapaa opinnäytetyöprosessin edetessä. Meidän täytyi miettiä, millaisia sanoja voimme käyttää ruoka-avun piirissä olevista ihmisistä. Se oli hieman haastavaa, koska ruoka-avun piirissä olevat ihmiset ovat eri elämäntilanteista olevia ja yhtä oikeaa sanaa oli vaikea keksiä. Pohdimme myös sitä, voimmeko puhua terveellisestä ravinnosta kyseiselle kohdejoukolle, sillä he eivät välttämättä pysty itse vaikuttamaan siihen, millaista ravintoa he syövät. Esille nousi ravitsemussuositukset etenkin kalan syömisen kannalta. Useat sanoivat, että kala on hyvin kallista, eikä sitä pysty tämän vuoksi syömään ravitsemussuosituksien mukaisesti.

Valittuamme verensokerin mittauksen terveystieteelle pohdimme eettisesti, että onko oikein antaa vain tieto korkeasta verensokeriarvosta ilman, että ohjeistamme julkiseen terveydenhuollon piiriin jatkotutkimuksia varten. Tämän pohdinnan jälkeen otimme yhteyttä Rantakylän hyvinvointiasemaan ja saimme sieltä puhelinnumerot, jotka annoimme ruoka-avun piirissä oleville ihmisille.

Huomasimme, että jonossa ovat usein samat ihmiset ensimmäisenä. Tämän vuoksi mietimme, olisiko ruoka-avun jonotusjärjestelmä mahdollista välillä kääntää toisinpäin. Perheelliset olivat usein viimeisinä, sillä lasten kanssa jonoon tuleminen aamulla ei ole nopeaa eikä helppoa. Pohdimme myös eettisesti laajemmin ruoka-apu käsitettä. Mieleen tuli, minkä vuoksi hoitotyön näkökulmasta ei ole tehty kovin montaa opinnäytetyötä kyseiselle kohdejoukolle. Onko kohdejoukko sellainen, joka jää niin sanotusti omien ennakkokäsityksien varjoon? Työttömien osuus ruoka-avun piirissä käyvistä ihmisistä on merkittävä. Pohdimme, että johtuuko tämä siitä, ettei kyseiselle kohdejoukolle ole riittävästi järjestettyä toimintaa ja taloudellista tukea. Pyrimme omalla toiminnallamme laajentamaan omia ja muiden näkemyksiä ruoka-avun piirissä olevista.

8.4 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyötä tehdessä olemme huomanneet, kuinka laajasti tiedämme tyypin 2 diabeteksesta, mutta olemme saaneet paljon lisätietoa terveyseroista ja köyhyydestä. Tietoperustaa kirjoittaessa olemme ymmärtäneet, että edelleen 2018 luvulla on Suomessa eriarvoisuutta ja köyhyyttä. Opinnäytetyömme toteutettiin toimeksiantona, joten meillä oli prosessin ajan suora työelämäyhteys. Tämän avulla pystyimme sopimaan aikatauluista yhdessä toimeksiantajan kanssa sekä pitämään kiinni sovituista asioista. Tämä edellytti oman ajankäytönhallintaa sekä työskentelyn suunnitelmallisuutta.

Tämän kokonaisuuden aikana olemme kasvaneet ammatillisesti. Olemme oppineet suunnittelua ja siinä pysymistä sekä yhtäjaksoista tekemistä. Nämä ovat olleet tärkeitä asioita, jotta prosessi on edennyt. Stressinhallintataito on myös lisääntynyt, mikä on tärkeää työelämää ajatellen. Lisäksi prosessin aikana

olemme päässeet harjoittamaan ammatillisuutta etenkin terveystieteen ansoista. Kahdestaan tehtäessä meidän on pitänyt kuunnella toista sekä tehdä kompromisseja. Olemme edenneet opinnäytetyössä henkilökohtaiset vahvuudet huomioiden. Vahvuuksiamme ovat päättäväisyys sekä määrätietoinen tekeminen. Näiden avulla pääsimme toivottuun lopputulokseen. Työmäärää on ollut koko prosessin ajan saman verran. Kokonaisuudessa yhteistyömme on ollut sujuvaa, minkä vuoksi meidän on ollut helppo viedä prosessia eteenpäin ja pysyä aikataulussa.

Prosessin aikana opimme referoimaan tekstiä alkuperäisestä lähteestä, kuitenkin asiassa pysyen, mutta välttämällä plagiointia. Myös lähteiden kriittinen arviointi on kehittynyt huomattavasti. Tutkitun tiedon etsiminen oli aluksi työlästä ja hankalaa, mutta prosessin edetessä on tapahtunut huomattavaa kehitystä. Kokeudesta tutkitun tiedon hyödyntämisestä ja etsimisestä oli ennestään vähän. Aluksi emme muistaneet, mistä tietokannoista hakuja voi tehdä. Tiedonhakukliinikoilta saimme apua, millaisilla sanoilla tietoa kannattaa hakea, koska emme muistaneet sanojen taivutuksien merkityksiä. Toteutustapa sekä aihe pitivät opinnäytetyön mielenkiintoa sekä motivaatiota yllä. Tämä opinnäytetyö oli meille ensimmäinen korkeakoulutasoinen opinnäytetyö.

8.5 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehitysideat

Ruoka-avun piirissä oleville ihmisille voisi järjestää erilaisiin teemoihin liittyviä terveystietoja ympäri Suomea. Terveystieteet voisi järjestää ruoka-avun yhteydessä, koska tällöin saavutetaan oikea kohdejoukko. Teemoina voi olla muita yleisiä kansantauteja, kuten sydän- ja verisuonisairaudet, hengityselinten sairaudet, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet sekä mielenterveyshäiriöt (Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos 2015b). Näiden sairastumisriskin kartoitus erilaisten ilmaisten mittauksien avulla olisi hyödyllistä. Esimerkiksi verenpaineen- ja kolesterolin mittaukset sekä erilaiset kuntotestit olisivat hyödyllisiä, jotta saa laajemman käsityksen omasta terveydestä. Kansanterveydellisistä ongelmista, kuten tupakkoinnista ja alkoholin riskikäytöstä ei voi koskaan puhua liikaa. Terveystieteellä voi keskustella omista kokemuksista ja elintavoista sekä niiden vaikutuksesta

eri kansantautien sairastumisriskeihin. Ruoka-avun piirissä kävijöiden ikäkauma on suuri, minkä vuoksi terveystieteellä voi olla laajempikin vaikutus esimerkiksi lapsiperheissä. Perheessä, jossa vanhempi syö epäterveellisesti, lapsikin voi altistua epäterveellisille elämäntavoille jo varhaisessa vaiheessa. Tämän vuoksi terveystieteellä saatujen neuvojen avulla voi vaikuttaa myös muiden perheessä olevien ruokavalioon ja tätä kautta terveyteen sekä kansantautien vähenemiseen.

Terveystieteitä voi laajentaa myös ryhmässä tapahtuvaan keskusteluun ja yleiseen neuvontaan sekä ohjeistukseen. Se voi olla hyödyllistä ja palkitsevaa ruoka-avun piirissä oleville. Tällöin vertaistuen merkitys on tärkeänä tukena. Vertaistuen ansioista ihminen voi kokea toisen vastavuoroisen kokemuksen voimaantumisenä ja muutosprosessina sekä tunnistaa ja löytää omat vahvuudet ja voimavarat sekä näin ottaa vastuun omasta elämästä (Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos 2015c). Tällöin terveystieteet olisi kaikille avoin, eikä sinne tarvitse varata aikaa erikseen. Vertaistuen jakaminen tapahtuisi toisia kunnioittavassa ilmapiirissä. Näin pystyy saamaan erilaisia näkökulmia ja kokemuksia toisilta ihmisiltä. Se voi auttaa parantamaan omia elintapoja, ja näin pystyisi vähentämään sairastumisriskiä sekä sairastumista eri kansantauteihin. Tämä toiminta saattaisi madaltaa myös kynnystä tulla terveystieteelle, kun paikalla on useampi ihminen eikä vain keskityttäisi yhden ihmisen elintapoihin ja kokemuksiin.

Terveystieteiden toteutus voisi olla moniammatillista, sillä erilaiset näkökulmat tulisivat eri tavalla esille sosionomien, terveyden-, ja sairaanhoitajien sekä fysioterapeuttien näkökulmista. Näin voi saada laajemmin herätettyä kiinnostusta omia elintapoja sekä terveyttä kohtaan. Karelia-ammattikorkeakoululla toimiva Voimala voisi olla varmasti kyseiseen toimintamalliin sopivin toteuttaja.

Voimala on ikäosaamisen palvelu- ja oppimisympäristö, joka on aloittanut toimintansa vuonna 2011 ja jatkaa kehittymistä jatkuvasti. Voimalan tavoitteena on mahdollistaa uusia tapoja oppia moniammatillisessa opiskelijayhteisössä ja kiinteissä kumppanuuksissa työelämän kanssa. (Karelia-ammattikorkeakoulu 2017.) Me olimme yhteydessä Voimala-koordinaattoriin ja saimme tietää, että yhteistyö Lähiötalon kanssa on alkanut syksyllä 2017. Meidän opinnäytetyöm-

me jatkokehitysideoita on viety eteenpäin ja ne ovat sovellettavissa yhteystyöhön kevään 2018 aikana.

Veimme toimintamallia eteenpäin, sillä kohdejoukolla toiminnan tarve on suuri. Olimme yhteydessä myös mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintokokonaisuuden vastaavaan opettajaan. Karelia-ammattikorkeakoulun asiakaslähtöinen mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintokokonaisuuteen kuuluu projektiopinnot. Kyseisen opintokokonaisuuden teoretieto on helppo viedä käytäntöön projektiopinnoissa, jonka vuoksi otimme yhteyttä kurssin vastaavaan opettajaan. (Karelia-ammattikorkeakoulu 2018.) Ajatuksemme kyseiselle opintokokonaisuudelle on osallistaa kohdejoukkoa keskusteluun ja toimintaan. Opintokokonaisuuden vastaava opettaja aikoo välittää viestin eteenpäin opiskelijoille, jotka opiskelevat kyseistä kokonaisuutta parhaillaan.

Lähteet

- Aro, A. 2015. Ravitsemussuositusten tausta. Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00077. 19.10.2017.
- Blomgren, J. 2015. Avoterveydenhuoltoa rinnakkain ja päällekkäin eri sosioekonomisissa ryhmissä- tarkastelussa Oulu. Kela.
<https://www.slideshare.net/kelantutkimus/jenni-blomgren-avoterveydenhuoltoa-rinnakkain-ja-pllekkain-eri-sosioekonomisissa-ryhmiss-tarkastelussa-oulu>. 11.10.2017.
- Diabetesliitto. 2017a. Yksilöllinen hoito ja elintavat kuntoon.
https://www.diabetes.fi/diabetes/tyypin_2_diabetes. 12.9.2017.
- Diabetesliitto. 2017b. Diabeteksen oireet ja toteaminen.
https://www.diabetes.fi/diabetes/onko_minulla_diabetes. 12.9.2017.
- Diabetesliitto. 2017c. Lääkkeet tyypin 2 diabeteksen hoidossa.
https://www.diabetes.fi/diabetes/tyypin_2_diabetes/laakkeet_tyypin_2_diabeteksessa. 31.10.2017.
- Diabetesliitto. 2017d. Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake.
https://www.diabetes.fi/files/3105/Diabeteksen_riskitesti_lomake.pdf. 18.10.2017.
- Eskelinen, N. 2016. Leipää ja luottamusta. Tutkimus luottamuksenesen tasoista ja yleistynyttä luottamusta ennustavista tekijöistä ruoka-avun asiakkaiden ja suomalaisten väestön keskuudessa.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20161218/urn_nbn_fi_uef-20161218.pdf. 15.1.2018.
- Evert, A., Boucher, J., Cypress, M., Dunbar, S., Franz, M., Mayer-Davis, E., Neumiller, J., Nwankwo, R., Verdi, C., Urbanski, P. & Yancy, S. 2014. Nutrition Therapy Recommendations for the Management of Adults With Diabetes. American Diabetes Association. Diabetes Care.
http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S120.article-info. 10.11.2017.
- Helldán, A., Raulio, S., Kosola, M., Tapaninen, H., Ovaskainen, M.-L. & Virtanen S. 2013. Finravinto 2012 - tutkimus. Tampere: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110839/THL_RAP2013_016_%26slitteet.pdf?sequence=1. 11.10.2017.
- Horsburg, D. Evaluation of qualitative research. Journal of Clinical Nursing 12, 307-312. 2003. 12.10.2017.
- Huttunen, J. 2015. Mitä terveys on?
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903. 1.12.2017.
- Illanne-Parikkala, P., Rönnemaa, T. & Saha M.-T. 2015. Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy. 11.11.2017.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy. 14.10.2017.
- Karelia-ammattikorkeakoulu. 2016. Opinnäytetyön ohjeet.

- https://student.karelia.fi/fi/opinnot/oppari/opinnaytetyo_asiakirjakirjasto/Karelia_opinnaytetyon_ohje_03052016.pdf. 6.11.2017.
- Karelia-ammattikorkeakoulu. 2017. Voimala.
<http://ikaosaaminen.karelia.fi/voimala>. 2.12.2017.
- Karelia-ammattikorkeakoulu. 2018. SoleOPS.
https://soleops.karelia.fi/opsnet/disp/fi/ops_OpetTapTeks/tab/tab/sea?page=&opettap_id=184294380&stack=push. 22.1.2018.
- Kirkkopalvelut. 2017. Kotimaan Ruokaturva-Ruokaa tarvitseville.
<https://www.kirkkopalvelut.fi/eu-elintarviketuki>. 1.12.2017.
- Kuntoutusportti. 2016. Kuntoutuksen jaottelut.
<https://kuntoutusportti.fi/kuntoutujalle/kuntoutuksen-jaottelut/>. 1.11.2017.
- Kurki, K. 2017. Toiminnanjohtaja. ViaDia Joensuu ry. Lähiötalo. Haastattelu. 6.9.2017.
- Käypä hoito -suositus. 2010. Painoindeksi ja vyörärön ympärys. Duodecim.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix00163#T1>. 30.10.2017.
- Lincoln, Y.S. & Cuba, E.G. 1985. Naturalistic Inquiry. Sage, Beverly Hills. 12.10.2017.
- Malterud, K. Qualitative research: standars, challenges and guidelines. Lancet 358 (11) 483-488. 2001. 12.10.2017.
- Mayoclinic. 2017. Type 2 diabetes. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/type-2-diabetes/diagnosis-treatment/drc-20351199>. 15.1.2018.
- Mays, N. & Pope, C. 2000. Assessing quality in qualitative research. British Medical Journal 320(11), 50-52. 12.10.2017.
- Mustajoki, P. 2016. Tyypin 2 diabeteksen hoito.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00775. 7.9.2017.
- Mustajoki, P. 2017a. Metabolinen oireyhtymä (MBO).
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00045. 1.11.2017.
- Mustajoki, P. 2017b. Painoindeksi (BMI).
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01001. 27.10.2017.
- Ohisalo, M. 2017. Murusia hyvinvointivaltion pohjalla. leipäjonot, koettu hyvinvointi ja huono-osaisuus.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2517-6/urn_isbn_978-952-61-2517-6.pdf. 15.01.2018.
- Ohisalo, M. & Saari, J. 2014. Kuka seisoo leipäjonossa. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy. 10.9.2017.
- Pihlaja, R. 2010. Kolmas sektori ja julkinen valta.
http://kaks.fi/wp-content/uploads/2010/10/Kolmas_sektori_ja_julkinen_valta.pdf. 11.11.2017.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä & Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus. 2014. Mikä on Semppe? <http://semppe.fi/tietoa-sivuista>. 1.12.2017.
- Promeq. 2017. Promeq- osallistava terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen.
<http://www.promeq.fi/FI/PROMEQ/Tausta>. 11.11.2017.

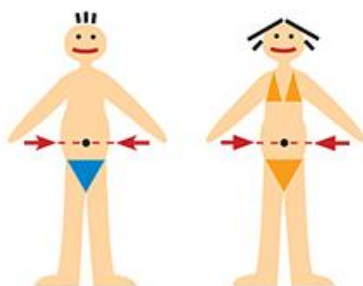
- Rapo, M. 2016. Heinäpellolta leipäjonoon. Suomalaisen köyhyyden kokemuksen muutos 1900-luvun aikana.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100418/GRADU-1483087195.pdf?sequence=1>. 15.01.2018.
- Saari, J. 2015. Huono-osaiset - Elämän edellytykset yhteiskunnan pohjalla. Tal- linna: Printon Trükikoda. 23.12.2017.
- Salmi, T. 2014. Kolmannen sektorin toiminta-alue laajenee. Potilaan lääkärilehti. Lääkäriliitto.
<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/kolmannen-sektorin-toiminta-alue-laajenee/>. 2.11.2017.
- Seppänen, S. & Alahuhta, M. 2006. Diabeteetikon omahoidon välineet. Helsinki: Edita. 10.10.2017.
- Sihto, M. 2016. Terveystiedon edistäminen ja eriarvoisuus - Lähestymistapoja ja ratkaisuja. Helsinki: Juvenes Print- Suomen Yliopistopaino Oy.
- Siun sote. Terveystarkastukset.
<http://www.siunsote.fi/terveystarkastukset>. 1.11.2017.
- StopDia 2017. Stop diabetes - tiedosta ratkaisuihin.
<http://www.uef.fi/web/stopdia>. 27.9.2017.
- Suomen perustuslaki 731/1991.
- Suomen virallinen tilasto (STV): Työ ja elinkeinoministeriö, Työnvälitystilasto. 2017:9, Pohjois-Karjalan Työllisyyskatsaus, syyskuu 2017. Joensuu: Elinkeino, liikenne ja ympäristökeskus.
http://www.temtyollisyyskatsaus.fi/Textbase/Tkat-10/Pdf/Tkat_fi.pdf. 1.11.2017.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut. Helsinki: Yliopistopaino.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112161/Es200507.pdf?sequence=1>. 12.11.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017a. Terveyserojen kaventaminen.
<http://stm.fi/terveyserot>. 10.10.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017b. Työttömien terveystarkastukset.
<http://stm.fi/tyottomien-terveystarkastukset>. 16.10.2017.
- Terveystiedon edistäminen 1326/ 2010.
- Terveystiedon ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Tartu toimeen - ehkäise diabetes. Tam- pere: Juvenes Print. 10.10.2017.
- Terveystiedon ja hyvinvoinnin laitos. 2014a. Terveystiedon ja hyvinvoinnin laitos. 2014a. Terveystiedon ja hyvinvoinnin laitos.
<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/terveys>. 19.10.2017.
- Terveystiedon ja hyvinvoinnin laitos. 2014b. Tyypin 2 diabeteksen riskitekijät.
<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/tyypin-2-diabeteksen-riskitekijät>. 2.10.2017.
- Terveystiedon ja hyvinvoinnin laitos. 2014c. Tyypin 2 diabetes ja ravitsemus.
<https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/ravitsemus-ja-terveys/diabetes/tyypin-2-diabetes-ja-ravitsemus>. 11.10.2017.
- Terveystiedon ja hyvinvoinnin laitos. 2015a. Yleistietoa kansantautien riskitekijäistä.
<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantautien-riskitekijäistä>. 11.11.2017.

- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2015b. Kansantaudit ja tapaturmat.
<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/kansantaudit-ja-tapaturmat>. 21.11.2017.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2015c. Vertaistuki.
<https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-tuki/vertaistuki>. 21.11.2017.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2016. Keskeisiä käsitteitä.
<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita>. 11.10.2017.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2017a. Hyvinvointi- ja terveyserojen ka-
 ventamisen perustelut.
<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/tavoitteet/kaventamisen-perustelut>. 11.10.2017.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2017b. Terveyspalvelut.
<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma/terveyspalvelut>.
 25.11.2017.
- Tilastokeskus. 2017a. Käsitteet.
http://www.stat.fi/meta/kas/julkinen_sektor.html. 12.11.2017.
- Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J., Louheranta, A., Manninen, M., Rastas, M., Salminen V. & Uusitupa, M. 2003. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance.
<http://www.medscape.com/viewarticle/465755>. 27.9.2017.
- UKK-instituutti. 2015. Arkiliikunta, hyötyliikunta, perusliikunta.
http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikkumaan/arkiliikunta_hyotyliikunta_perusliikunta. 30.10.2017.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2014. Terveystietä ruuasta. Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014.
https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ravitsemussuositukset_terveytta-ruoasta_2014_fi_web_v4.pdf. 27.9.2017.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2016. Kuva-arkisto.
<https://www.evira.fi/elintarvikkeet/terveytta-edistava-ruokavalio/kuluttaja-ja-ammattilaismateriaali/kuva-arkisto>. 9.11.2017.
- ViaDia. 2017. Yleistä ViaDiasta.
<http://www.viadia.fi/yleista-viadiasta/>. 19.11.2017
- ViaDia Joensuu ry. 2017. Lähiöalo.
<http://www.viadia.fi/joensuu/>. 19.11.2017.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Vuokko, A., Juvonen-Posti, P. & Kaukiainen, A. 2011. Miten lääkäri arvioi työtömän toimintakykyä? Lääkärilehti 66 (48), 3659-3666.
<https://kuntoutusportti.fi/miten-laakari-arvioi-tyottoman-toimintakykya/>. 1.12.2017.
- Väestöliitto. 2017. Mitä tarkoittaa asiakaslähtöisyys?
http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhteesta/tietoa_parisuhdeammattilaisille/asiakastyon_lakitietoa/asiakaslahtoisuus/.
 8.11.2017.
- Wahlberg, K. 2008. Food Aid for the Hungry?
<https://www.globalpolicy.org/world-hunger/46251-food-aid-for-the-hungry.html>. 15.01.2018.

Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake

Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake

1. Ikä
- ☐ Alle 45 v. (0 p.)
- ☐ 45–54 v. (2 p.)
- ☐ 55–64 v. (3 p.)
- ☐ Yli 64 v. (4 p.)
2. Painoindeksi
(Laske oma painoindeksisi.
Laskuohje seuraavalla sivulla)
- ☐ Alle 25 kg/m² (0 p.)
- ☐ 25–30 kg/m² (1 p.)
- ☐ Yli 30 kg/m² (3 p.)
3. Vyötärönympäryys mitattuna kylkiluiden alapuolelta (yleensä navan kohdalta)
- | MIEHET | NAISET | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> Alle 94 cm | <input type="checkbox"/> Alle 80 cm | (0 p.) |
| <input type="checkbox"/> 94–102 cm | <input type="checkbox"/> 80–88 cm | (3 p.) |
| <input type="checkbox"/> Yli 102 cm | <input type="checkbox"/> Yli 88 cm | (4 p.) |
4. Sisältyykö jokaiseen päivääsi yleensä vähintään puoli tuntia liikuntaa työssä ja/tai vapaa-ajalla ns. arkiliikunta mukaan lukien?
- ☐ Kyllä (0 p.)
- ☐ Ei (2 p.)
5. Kuinka usein syöt kasviksia, hedelmiä tai marjoja?
- ☐ Päivittäin (0 p.)
- ☐ Harvemmin kuin joka päivä (1 p.)
6. Oletko koskaan käyttänyt säännöllisesti verenpainelääkkeitä?
- ☐ En (0 p.)
- ☐ Kyllä (2 p.)
7. Onko verensokerisi joskus todettu olevan koholla (esim. terveystarkastuksessa, jonkin sairauden yhteydessä, raskauden aikana)?
- ☐ Ei (0 p.)
- ☐ Kyllä (5 p.)
8. Onko perheenjäsenilläsi tai sukulaisillasi todettu diabetesta (tyypin 1 tai 2 diabetesta)?
- ☐ Ei (0 p.)
- ☐ Kyllä: isovanhemmilla, vanhempien sisaruksilla tai serkuilla (mutta ei omilla vanhemmilla, sisaruksilla tai lapsilla) (3 p.)
- ☐ Kyllä: vanhemmilla, sisaruksilla tai omilla lapsilla (5 p.)
- Riskipisteitä yhteensä**
- ☐ Riski sairastua tyypin 2 diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa on
- alle 7 Pieni: arviolta yksi sadasta sairastuu
- 7–11 Jonkin verran lisääntynyt: arviolta yksi 25:stä sairastuu
- 12–14 Kohtalainen: arviolta joka kuudes sairastuu
- 15–20 Suuri: arviolta joka kolmas sairastuu
- yli 20 Hyvin suuri: arviolta puolet sairastuu



Terveyspisteen mainosessite

POHDINKO VERENSOKERIARVOJANI?

Onko minulla riski sairastua tyypin 2 diabetekseen?

Anna meidän auttaa. Varaa henkilökohtainen 30 minuutin mittainen aika viereisestä lomakkeesta. Tule keskustelemaan ja mittauttamaan verensokerisi.

**Torstaina 2.11. ja
perjantaina 3.11.2017**
sairaanhoitajaopiskelijat
Katja ja Senja mittaavat
ilmaiseksi verensokeria.



Katja Karvutainen katja.karvutainen@edu.karelia.fi

Senja Räsänen senja.rasanen@edu.karelia.fi

Kuva: Pixabay

Terveyspisteen ajanvarauslista

Torstai 2.11.2017	Nimi
kello 13.30 - 14.00	
14.00 - 14.30	
14.30 - 15.00	
15.00 - 15.30	
Perjantai 3.11.2017	
kello 9.00 – 9.30	
9.30 – 10.00	
10.00 – 10.30	
10.30 – 11.00	
11.00 – 11.30	
11.30 – 12.00	

Ajanvaranneen muistilappu

POHDINKO VERENSOKERiarvoJANI



**2.11. ja 3.11.2017 sairaanhoitajaopiskelijat
mittaavat ilmaiseksi verensokeria.**



Kuva: Pixabay

Fysiologisten mittausten tulokset

Terveyspiste 2.11.2017

Pituus _____

Paino _____

Painoindeksi _____

Vyötärön ympärys _____

Verensokeri _____

Terveyspiste 3.11.2017

Pituus _____

Paino _____

Painoindeksi _____

Vyötärön ympärys _____

Verensokeri _____

Terveyspisteen palautelomake

Palaute terveyspisteestä

1. Saitko lisää tietoa tyypin 2 diabeteksestä? Kyllä [] En []
2. Saitko lisää tietoa tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisystä? Kyllä [] En []
3. Saitko lisää tietoa elämäntapojen (ravinto, liikunta, tupakointi) merkityksestä tyypin 2 diabeteksessa? Kyllä [] En []
4. Osaatko tarvittaessa hakeutua terveydenhuollon piiriin? Kyllä [] En []
5. Madalsiko terveyspiste kynnystä hakeutua tarvittaessa terveydenhuollon piiriin? Kyllä [] Ei []
6. Oliko terveyspiste hyödyllinen? Kyllä [] Ei []
7. Vapaamuotoista palautetta

Kiitos palautteesta!



Kuva Pixabay

Terveyspisteen toimintarunko

Terveyspisteen toimintarunko

2.11. ja 3.11.2017

1. Fysiologiset mittaukset

- pituus
- paino
- vyötärönympärys
- verensokerin mittaus

2. Painoindeksin laskeminen

3. Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin kartoitus lomakkeen täyttö

4. Riskitekijöiden läpikäynti

Liikunta

-Sisältyykö jokaiseen päivääsi yleensä vähintään puoli tuntia liikuntaa työssä ja/tai vapaa-ajalla niin sanottu arkiliikunta mukaan lukien?

-Kuinka pystyisit lisäämään arkiliikunnan määrää jokaiseen päivään?

→UKK-instituutin liikuntapiirakka apuna tarkentamassa kysymyksiä

Ravitseminen

-Kuinka usein syöt kasviksia, hedelmiä tai marjoja?

-Tiedätkö kuinka paljon ravintosuositusten mukaan kasviksia, hedelmiä ja marjoja täytyisi syödä päivässä?

-Kuinka pitkä on ateriavälisi?

-Käytätkö kovia rasvoja?

-Käytätkö rasvattomia maitotuotteita?

-Käytätkö täysjyvävilja valmisteita?

→Ruokakolmio, lautasmalli ja opinnäytetyön tietoperusta apuna tarkentamassa ja antamassa vastauksia kysymyksiin

Lääkitys

-Onko käytössä verenpainelääkkeitä?

Verensokeri

-Milloin viimeksi olet mittauttanut verensokerisi?

-Onko verensokerisi ollut joskus koholla?

Perinnöllisyys

-Onko perheenjäsenilläsi tai sukulaisillasi todettu diabetesta?

- 5. Vapaaehtoisen palautteen pyytäminen ja ohjeistus palauttamaan se palautuslaatikkoon**

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIAOTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Lähiötaalo Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Kirsti Kurki, 045 8551677, kirsti.kurki@viadia.fi		
	Työn aihe Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin kartoitusta ruoka-avun piirissä oleville – Terveyspiste Lähiötaolalle		
Tekijä	Nimi Katja Kainulainen Senja Räsänen	Opiskelijanumero 1401422 1401462	
	Katuosoite Katja / Senja /	Postinumero	Postitoimipaikka Joensuu
	Puhelin Katja / Senja /	Sähköpostiosoite katja.kainulainen@edu.karelia.fi senja.rasanen@edu.karelia.fi	
	Suoritettava (tutkinto) Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja	Ryhmätunnus STHNS15A	
Karelia-amk	Yhteyshenkilön nimi (Ohjaaja) Irja Väisänen Raija Latvala	Tehtävänimike Tuntiopettaja Lehtori	
	Toimipaikka ja osoite Karelia-Ammattikorkeakoulu, Tikkarinne 9, 80200, Joensuu		
	Puhelin Irja / 050 3463631 Raija / 050 3626716	Sähköpostiosoite irja.vaisanen@karelia.fi raija.latvala@karelia.fi	
	Toimeksiantosopimuksen ehdot		
Ohjaus	Ohjaaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja Ohjaaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.		
Dokumentointi	Karelia-amk:ssa toteutetaan avointa toimintakulttuuria, mikä tarkoittaa, että myös opinnäytetöiden aineistot ja tulokset avataan soveltuvin osin erillisen ohjeistuksen mukaisesti (ml. avoin julkaiseminen). Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeen mukainen kirjallinen raportti, joka julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa tai josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon. Työ arkistoidaan Karelia-amk:n kirjastoon sähköisessä muodossa.		
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus hyödyntää tuloksia omassa opetuksessa ja tutkimus- ja kehittämistoiminnassaan. Sopijaosapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksista koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohdan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.		
Keksinnöt	Jos Tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ensisijaisesti Toimeksiantajan tai niiden puuttuessa ammattikorkeakoulun keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.		
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.		
Lisäksi sovitaan			
Salassapito	Ohjaajalla ja opinnäytetyön Tekijällä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin viiden vuoden ajan. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään erillistä salassapitosopimusta.		
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) saman sisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.		
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus	
Toimeksiantaja	Joensuu 31.10.2017 Viadia Inc / Lähiötaalo	Kirsti Kurki	
Tekijä	1.11.2017 Joensuu	Katja Kainulainen Senja Räsänen	
Karelia-amk	1.11.2017 Raija Latvala		